

# פוליסה קבוצתית לביטוח בריאות לעובדי וגמלאי העמותה לרווחה ותרבות של האוניברסיטה העברית ובני משפחותיהם

עדכון אוגוסט 2024



## **מבוטחות ומבוטחים יקרים,**

אנו שמחים על הצטרפותכם לפוליסת ביטוח הבריאות הקבוצתי של איילון חברה לביטוח עבור עובדי וגמלאי העמותה לרווחה ותרבות של האוניברסיטה העברית.

תוכנית הביטוח כוללת כיסוי לניתוחים בארץ ובחו"ל, השתלות, תרופות, טיפולים חלופיים לניתוח ושירותים נוספים.

אנו מאחלים לכם בריאות טובה.

**בברכה,**

**איילון חברה לביטוח בע"מ**

## תוכן עניינים

עמוד	שם הפרק
4	תמצית פרטי הפוליסה ותיאור הכיסויים על-פי תקנות גילוי נאות
14	תנאי פוליסת בריאות קבוצתית
21	נספח א - הגדרות כלליות לכל פרקי הפוליסה ומהות הביטוח
	<b><u>מסלול מתנת חיים</u></b>
25	השתלות בארץ ובחו"ל - פרק א'1
29	ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א'2
31	ניתוחים בחו"ל - פרק א'3
33	תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב'
34	החזר בגין הוצאות רפואיות מיוחדות - פרק ג'
34	טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים - פרק ג'1
	<b><u>מסלול מתנת חיים זהב</u></b>
41	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון - פרק ד
44	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן - פרק ד1
47	טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים - פרק ה'
49	טיפולים מחליפי ניתוח - פרק ו'
52	חוות דעת נוספת בחו"ל - פרק ז'
53	שירותים נוספים - רפואה משלימה - פרק ח'
54	חבילת שירותים במהלך היריון וליולדת - פרק ט'
	<b><u>מסלול מתנת חיים פלטיניום</u></b>
58	טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים - פרק י'
63	עד הבית / המשرد 24 שעות - פרק י"א
65	שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה - פרק י"ב
66	עזרה ראשונה ברפואת שיניים - פרק י"ג
67	טיפולים פסיכולוגיים - פרק י"ד
67	מנוי בעת אירוע לב - פרק ט"ו
70	נספח ב - השירותים (SLA)
74	נספח ג - טופס הצטרפות לביטוח
77	נספח ה - יפויי כוח
78	אופן הגשת תביעה

## גילוי נאות למבוטח כביטוח בריאות קבוצתי

תמצית פרטי הפוליסה	
<b>שם הביטוח</b>	פוליסת בריאות קבוצתית של העמותה לרווחה ותרבות לעובדי וגמלאי האוניברסיטה העברית ובני משפחותיהם.
<b>סוג הביטוח</b>	השתלוח בארץ ובחו"ל, ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, הוצאות רפואיות מיוחדות, שירותים אמבולטוריים, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, טכנולוגיות מתקדמות ושירותים אמבולטוריים, טיפולים מחליפי ניתוח, חוות דעת נוספת בחו"ל, רפואה משלימה, חבילת שירותים במהלך ההריון וליולדת, פמי פרימיום עד הבית, שירות מידע טלפוני לבריאות המשפחה, עזרה ראשונה ברפואת שיניים, טיפולים פסיכולוגיים, מנוי בעת אירוע לב.
<b>תיאור הביטוח</b>	<p style="text-align: center;"><b><u>מסלול מתנת חיים</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• השתלוח בארץ ובחו"ל - פרק א'1</li> <li>• ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א'2</li> <li>• ניתוחים בחו"ל - פרק א'3</li> <li>• תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב'</li> <li>• החזר בגין הוצאות רפואיות מיוחדות - פרק ג'</li> <li>• שירותים אמבולטוריים - פרק ג'1</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>מסלול מתנת חיים זהב</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מהשקל הראשון / משלים שב"ן - פרק ד'ד'1</li> <li>• טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים - פרק ה'</li> <li>• טיפולים מחליפי ניתוח - פרק ו'</li> <li>• חוות דעת נוספת בחו"ל - פרק ז'</li> <li>• שירותים נוספים - רפואה משלימה - פרק ח'</li> <li>• חבילת שירותים במהלך ההריון וליולדת - פרק ט'</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>מסלול מתנת חיים פלטיניום</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים - פרק י'</li> <li>• פמי פרימיום עד הבית / המשרד 24 שעות - פרק י"א</li> <li>• שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה - פרק י"ב</li> <li>• עזרה ראשונה ברפואת שיניים - פרק י"ג</li> <li>• טיפולים פסיכולוגיים - פרק י"ד</li> <li>• מנוי בעת אירוע לב - פרק ט"ו</li> </ul>
<b>תקופת הביטוח</b>	תקופת הסכם חדשה מתאריך 1.9.2023 ועד תאריך 31.8.2028 תקופת ביטוח קודמת 01.04.2015 ועד ה-31.03.2025.
<b>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</b>	פרק א'2 - סעיף 2 בפרק ניתוחים בחו"ל. פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סעיף 3. פרק ד' - ניתוחים מהשקל ראשון - סעיף 4. פרק ד'1 - ניתוחים משלים שב"ן - סעיף 5. פרק ו' - טיפולים מחליפי ניתוח - סעיף 4.
<b>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת אכשרה)<sup>(1)</sup></b>	פרק ד' ו-ד'1 - 90 ימים, במקרה הנוגע להריון ולידה - 12 חודשים. פרק ה' - בדיקות ושירותים לנשים בהריון וליולדת - 6 חודשים.
<b>אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה)<sup>(2)</sup></b>	פרק ה' - אובדן כושר עבודה כתוצאה ישירה מניתוח - 2 חודשי המתנה.

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

<sup>(2)</sup> תקופת המתנה - תקופת המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה, ואשר במהלכה לא תהא המבטחת חייבת לשלם למבוטח תגמולי ביטוח.

<p><b>פרק ב' - תרופות שלא בסל הבריאות - סעיף 2.5.3 -</b> השתתפות עצמית בחודש 500 ₪ למקרה ביטוח 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 ש"ח לחודש, יהיה פטור המבוטח מהשתתפות עצמית. <b>סעיף 2.5.2 -</b> תרופות למחלת הסרטן לא ייחויבו בהשתתפות עצמית.</p> <p><b>פרק ה' - טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים -</b> סעיפים 1.1 עד 1.3, 1.5, 1.8, 1.14, 1.18 עד 1.20, 1.22 עד 1.26 - 20% השתתפות עצמית.</p> <p><b>פרק ז' - חוות דעת נוספת בחו"ל -</b> 20% השתתפות עצמית.</p> <p><b>פרק ח' - רפואה משלימה -</b> 30% השתתפות עצמית.</p> <p><b>פרק ט' - חבילת שירותים במהלך ההיריון ולילודת -</b> כמפורט בטבלה שבפרק, סעיף 2.</p> <p><b>פרק י' - סעיפים 1.1 עד 1.12 וסעיפים 1.14-1.15 -</b> 20% השתתפות עצמית. <b>למעט סעיף 1.7 (ג) 25%.</b></p> <p><b>פרק י"א - פמי עד הבית / המשך 24 שעות ביממה -</b> השתתפות עצמית של 25 ש"ח.</p> <p><b>פרק י"ד - טיפולים פסיכולוגיים -</b> 30% השתתפות עצמית.</p>	<p><b>השתתפות עצמית</b></p>																																																						
<p>חלק מכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים.</p>	<p><b>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</b></p>																																																						
<p>דמי הביטוח החדשיים בש"ח יהיו כלהלן:</p> <table border="1" data-bbox="69 702 817 997"> <thead> <tr> <th>השתתפות אוניברסיטה</th> <th>ילד עד גיל 35</th> <th>בודד מעל 80</th> <th>בית אב מעל 80</th> <th>בודד מעל 60-79</th> <th>בית אב מעל 60-79</th> <th>בודד עד 60</th> <th>בית אב עד 60</th> <th>מסלול כיסויים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>51</td> <td>0</td> <td>51</td> <td>51</td> <td>51</td> <td>51</td> <td>51</td> <td>51</td> <td>מתנת חיים</td> </tr> <tr> <td>51</td> <td>58.60</td> <td>248.81</td> <td>508.18</td> <td>232.80</td> <td>479.82</td> <td>155.82</td> <td>367.35</td> <td>זהב שקל ראשון</td> </tr> <tr> <td>51</td> <td>57.79</td> <td>205.47</td> <td>440.57</td> <td>192.92</td> <td>417.62</td> <td>138.27</td> <td>325.87</td> <td>זהב משלים שב"ן</td> </tr> <tr> <td>51</td> <td>76.60</td> <td>273.09</td> <td>562.03</td> <td>255.13</td> <td>529.27</td> <td>186.12</td> <td>447.10</td> <td>פלטינום שקל ראשון</td> </tr> <tr> <td>51</td> <td>74.10</td> <td>229.74</td> <td>494.31</td> <td>215.25</td> <td>467.07</td> <td>168.58</td> <td>405.62</td> <td>פלטינום משלים שב"ן</td> </tr> </tbody> </table> <p>* ילד שלישי ואילך - חינם</p>	השתתפות אוניברסיטה	ילד עד גיל 35	בודד מעל 80	בית אב מעל 80	בודד מעל 60-79	בית אב מעל 60-79	בודד עד 60	בית אב עד 60	מסלול כיסויים	51	0	51	51	51	51	51	51	מתנת חיים	51	58.60	248.81	508.18	232.80	479.82	155.82	367.35	זהב שקל ראשון	51	57.79	205.47	440.57	192.92	417.62	138.27	325.87	זהב משלים שב"ן	51	76.60	273.09	562.03	255.13	529.27	186.12	447.10	פלטינום שקל ראשון	51	74.10	229.74	494.31	215.25	467.07	168.58	405.62	פלטינום משלים שב"ן	<p><b>עלות הביטוח (פרמיות מתאריך 1.1.2020)</b></p>
השתתפות אוניברסיטה	ילד עד גיל 35	בודד מעל 80	בית אב מעל 80	בודד מעל 60-79	בית אב מעל 60-79	בודד עד 60	בית אב עד 60	מסלול כיסויים																																															
51	0	51	51	51	51	51	51	מתנת חיים																																															
51	58.60	248.81	508.18	232.80	479.82	155.82	367.35	זהב שקל ראשון																																															
51	57.79	205.47	440.57	192.92	417.62	138.27	325.87	זהב משלים שב"ן																																															
51	76.60	273.09	562.03	255.13	529.27	186.12	447.10	פלטינום שקל ראשון																																															
51	74.10	229.74	494.31	215.25	467.07	168.58	405.62	פלטינום משלים שב"ן																																															
<p>מדד יולי שפורסם ביום 15.06.2017 (12243 נקודות).</p>	<p><b>מדד הפרמיה</b></p>																																																						
<p>פרמיה משתנה לפי הטבלאות שלעיל. הפרמיה צמודה למדד המחירים לצרכן.</p>	<p><b>מבנה הפרמיה</b></p>																																																						

- 5.1 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.
- 5.2 התעריפים הינם התעריפים שהיו קיימים אצל החברה המבטחת באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה עפ"י סעיף 5.1 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.
- 5.3 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 למבטח 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.
- 5.4 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 המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלו.

## תמצית תיאור הכיסיים

שם הכיסי	תיאור הכיסי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
<b>מסלול מתנת חיים</b>				
<p><b>השתלות בארץ ובחו"ל - פרק א'1 סעיפים 1.3.1 - 1.3.4</b></p> <p><b>סעיפים 1.3.5 - 1.3.13</b></p> <p><b>סעיף 1.4</b></p> <p><b>סעיף 1.3.14.1</b></p> <p><b>סעיף 1.3.14.4</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• שיפוי עבור בדיקות הערכה לצורך השתלה בחו"ל כולל טיסות הלוך ושוב, עבור אשפוז בחו"ל כולל אשפוז בטיפול נמרץ או מחלקת שיקום, עד 90 ימים לפני ההשתלה ועד 300 ימים לאחר ההשתלה, החזר הוצאות עבור השגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. תשלום לצוות המנתח עבור השירותים הרפואיים במהלך ההשתלה.</li> <li>• הוצאות טיסה לחו"ל לרבות הוצאות העברה יבשתיות למבוסט ומלווה ובמקרה קטין למבוסט ו-2 מלווים. הטסה רפואית מיוחדת, כולל ליווי רופא והעברות יבשתיות. הוצאות שהייה של מבוסט ומלווה או 2 מלווים במקרה קטין. הוצאות טיפול המשך לאחר השתלה. הטסת גופה. הוצאות עבור משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות בגופו של המבוסט. כיסוי הוצאות בחיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות, השתלת לב מלאכותי עד מציאת תורם. הוצאת הבאת מומחה רפואי מחו"ל, הוצאות רפואיות נלוות הנדרשות במהלך הטיפול הרפואי לרבות טיפול תרופתי בכפוף להוראה שך רופא מומחה מטעם המבוסט.</li> <li>• פיצוי להשתלה</li> <li>• השתלת כליה</li> <li>• השתלת לב, לב-ריאה, ריאה, לבלב, כבד</li> <li>• השלמת הכנסה</li> <li>• אובדן כושר כתוצאה מניתוח לתרומות איבר לקרוב</li> </ul>	<p>עד 1,254,747 ₪</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• עד 252,000 ₪</li> <li>• עד 264,000 ₪</li> <li>• עד 334,000 ₪</li> <li>• סך 5,822 ₪ לחודש למשך 24 חודשים.</li> <li>• 5,822 ₪ למשך 6 חודשים</li> </ul>	אין	אין
<p><b>ניתוחים / או טיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א'2 סעיף 1.2</b></p>	<p>ניתוח / טיפול מיוחד בחו"ל.</p>	<p>עד 800,000 ₪</p>	אין	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
<b>ניתוחים בחו"ל - פרק א'3 סעיף 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>שיפוי בגין ניתוחים בחו"ל אשר יש לגביהם חוות דעת של שני רופאים מומחים בדרגת מנהל מחלקה וסגן מנהל מחלקה הממליצים לבצע ניתוח בחו"ל.</li> <li>אם המבוטח יבקש לבצע ניתוח בחו"ל ללא התנאים שלעיל, <b>תגמולי הביטוח יהיו עפ"י מחירון שר"פ הדסה.</b></li> </ul>	שיפוי מלא  עפ"י מחירון שר"פ הדסה	אין	אין
<b>תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב סעיף 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>סך כל מקרי הביטוח בפרק זה.</li> <li>לאחר מיצוי סכום הביטוח המרבי שלעיל סכום ביטוח נוסף.</li> <li>תרופות מיוחדות - סכום ביטוח מתמלא כל 4 שנים.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>עד 1,003,798 ₪</li> <li>בסך 501,899 ₪</li> <li>תקרה עד 600,000 ₪ ולא יותר מ-55,000 ₪ בחודש.</li> </ul>	500 ש"ח לכלל המרשמים לחדש, למקרה ביטוח ולא יותר מסכום השיפוי המרבי.	אין
		עד 4,517 ₪	אין	אין
<b>החזר בגין הוצאות רפואיות מיוחדות - פרק ג' -</b>	שיפוי למבוטח בגין מחלה קשה מתוך רשימה של 18 מחלות המפורטות בפרק זה.	50,000 ₪ למקרה ביטוח.	אין	אין
<b>שירותים אמבולטוריים - פרק ג'1 - סעיף 1.1</b>	<b>שירותי הסעה באמבולנס</b>	ללא מגבלה	אין	אין
<b>סעיף 1.2</b>	<b>2 התייעצויות - 1 לפני הניתוח ו-1 אחרי הניתוח.</b>	שיפוי מלא	אין	אין
<b>סעיף 1.3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>הוצאות בדיקה פתולוגית - לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה לרבות בדיקות אימונהסטוכמיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת ע"י רופא ו/או אופי הטיפול.</b></li> <li><b>בדיקה פתולוגית נוספת בארץ או בחו"ל.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>החזר הוצאות כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור.</li> <li>כיסוי מלא.</li> </ul>	אין	אין
<b>סעיף 1.4</b>	<b>שכר אחות/פרטי/ו/או חדר פרטי בעת, לפני ו/או לאחר ניתוח.</b> השיפוי ייעשה כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור לחברה המבטחת.	עד 1,205 ₪ ליום ועד 14 ימים.	אין	אין
<b>סעיף 1.5</b>	פיצוי יומי בעת אשפוז בבית חולים פרטי במקרה ניתוח, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה של עד 21 ימים.	552 ₪ לכל יום אשפוז.	אין	אין



שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
<b>מסלול מתנת חיים זהב</b>				
<b>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל שקל ראשון</b> <b>פרק ד' - סעיף 3.1</b>	<p>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבטוח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.</p> <p>שכר מנתח; שכר מרדים; הוצאות חדר ניתוח; הוצאות אשפוז. עד לתקרה של 30 ימי אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח; הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח והאשפוז; שתלים; תרופות במהלך אשפוז; טיפול מחליף ניתוח.</p> <p>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח - עד 3 התייעצות בשנת ביטוח</p>	<p>לנותן השירות שבהסכם - שיפוי מלא.</p> <p>לנותן שירות שאינו בהסכם - עד תקרת ספק שירות שבהסכם, כפי שמפורסם באתר האינטרנט של המבטח.</p> <p>לנותן השירות שבהסכם - שיפוי מלא.</p>	אין	<p>90 ימים - לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות</p> <p><b>למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.</b></p> <p>לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה יהיו 180 ימים.</p>
<b>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן</b> <b>פרק ד' - סעיף 3.1 - 3.2</b>	<p><b>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבטוח במהלך תקופת הביטוח ו/או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח, טיפול מחליף ניתוח - עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.</li> <li>• שכר מנתח;</li> <li>• שכר מרדים;</li> <li>• הוצאות חדר ניתוח;</li> <li>• הוצאות אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח, טיפול מחליף ניתוח;</li> <li>• הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח, טיפול מחליף ניתוח;</li> <li>• שתלים;</li> <li>• תרופות במהלך אשפוז.</li> </ul>	<p>לאחר מיצוי השב"ן זכאות להשתתפות בגין ההוצאות המוזכרות. רק מעבר למלוא הזכויות במסגרת השב"ן. במקרה של דחייה מהשב"ן וכן מקרים של מבטחים בשירות סדיר אצל נותן שירות בהסכם - יינתן שיפוי מלא.</p> <p>אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד סכום הביטוח המירבי הקבוע כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח.</p> <p>לכל התייעצות עד 1,500 ש"ח.</p>	אין	<p>90 ימים - לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות</p> <p><b>למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.</b></p> <p>לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה יהיו 180 ימים.</p>
<b>מתקדמות ברפואה ושירותים רפואיים - פרק ה סעיף 1.1</b>	<b>שירותי הסעה באמבולנס</b>	ללא מגבלה	20%	אין
<b>סעיף 1.2</b>	<b>2 התייעצויות - 1 לפני הניתוח ו-1 אחרי הניתוח.</b>	שיפוי מלא	20%	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
<a href="#">סעיף 1.3</a>	<b>חוות דעת נוספת של רופא מומחה לפני ניתוח -</b> אצל רופא מומחה שייבחר ע"י המבוטח.	עד 1,807 ₪	20%	אין
<a href="#">סעיף 1.4</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>הוצאות בדיקה פתולוגית -</b> לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה לרבות בדיקות אימונוהיסטוכימיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת ע"י רופא ו/או אופי הטיפול.</li> <li>• בדיקה פתולוגית נוספת בארץ או בחו"ל.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• החזר הוצאות כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור.</li> <li>• כיסוי מלא.</li> </ul>		אין
<a href="#">סעיף 1.5</a>	<b>שכר אחות/פרטי/ או חדר פרטי לפני ו/ או אחרי ניתוח.</b> לגבי שרותי אחות/פרטי/ת, תספק הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח.	עד 1,205 ₪ ליום ועד 14 ימים.	20%	אין
<a href="#">סעיף 1.6</a>	<b>פיצוי חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה AIDS -</b> מבוטח אשר חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי <b>ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הפוליסה.</b>	סך 180,684 ₪	אין	אין
<a href="#">סעיף 1.7</a>	<b>פיצוי חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B -</b> מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח ו/או טיפול רפואי, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, <b>ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הפוליסה הקודמת.</b>	סך 65,247 ₪	אין	אין
<a href="#">סעיף 1.8</a>	<b>ימי החלמה -</b> לאחר 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) בהוצאות ההחלמה, בבית החלמה מוכר ובו רופא, ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או ההשתלה או האירוע כאמור. <b>ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרלוונטי.</b>	עד 703 ₪ ליום ולתקופה של לא יותר מ-12 ימים.	20%	אין
<a href="#">סעיף 1.9</a>	<b>פיצוי חד פעמי במקרה מות המבוטח</b> במהלך ו/או כתוצאה מניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו, ובתוך 7 יממות מביצוע הניתוח.	סך 250,949 ₪.	אין	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת האכשרה
סעיף 1.10	<b>אובדן כושר עבודה כתוצאה ישירה מניתוח:</b> פיצוי חודשי 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. <b>יובהר כי אובדן כושר עבודה בסעיף זה הוא כתוצאה ישירה מהניתוח ולא כתוצאה ממחלה ממנה סבל המבוטח קודם לניתוח.</b>	סך 3,011 ₪ לחודש לתקופה מרבית של 36 חודשים.	אין	2 חודשי המתנה
סעיף 1.11	<b>שחרור מתשלום פרמיה -</b> במקרה של אובדן כושר עבודה כאמור בסעיף 1.10 לעיל. המבוטח או בעל הפוליסה יהיה פטור מתשלום הפרמיה החודשית כל עוד ייחשב כמי שנמצא במצב של אובדן כושר עבודה.	אין	אין	אין
סעיף 1.12	<b>ביופסיות -</b> שבוצעו באופן פרטי או יזום ע"י הרופא המטפל.	אין	אין	אין
סעיף 1.13	<b>בדיקות אבחנתיות המבוצעות במהלך אשפוז.</b>	כיסוי מלא	אין	אין
סעיף 1.14	<b>בדיקות אבחנתיות שלא במהלך אשפוז אך לצורך ניתוח ולשם ביצועו או לאחר אשפוז.</b>	עד 5,500 ₪ לכל בדיקה לשנת ביטוח.	20%	אין
סעיף 1.15	<b>פיצוי בגין אשפוז כתוצאה ממחלה:</b> 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.	אין	אין	אין
סעיף 1.16	<b>טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים</b> לאחר ניתוח כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת, בעת שהייה בבית חולים/ בבית החלמה / בבית.	עד 10,038 ₪ למקרה.	אין	אין
סעיף 1.17	<b>פיצוי יומי בעת אשפוז בבית חולים פרטי במקרה ניתוח,</b> החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה של עד 21 ימים.	552 ₪ לכל יום אשפוז.	אין	אין
סעיף 1.18	<b>התייעצות עם רופא מומחה -</b> עד 2 התייעצויות לשנת ביטוח.	עד 1,205 ₪ להתייעצות.	20%	אין
סעיף 1.19	<b>בדיקות אבחנתיות כגון:</b> בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה, ממוגרפיה ועוד. <b>בדיקות דימות כגון:</b> Cardiac CT; קולונסקופיה וירטואלית; חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה; חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום הבעיה הספציפית של הפענוח; קפסולה למעיים; CT PET; הדמיית בלוטות ממוחשבת לרבות מיפוי בלוטות הלימפה; תהודה מגנטית פונקציונאלית FMRI.	עד 5,520 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח. סכום ביטוח מרבי לכל הבדיקות, 15,057 ₪ לשנת ביטוח.	20%	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
סעיף 1.20	טיפולים פיזיותרפיים - עד 12 טיפולים לשנת ביטוח.	ועד 4,407 ₪ לשנת ביטוח.	20%	אין
סעיף 1.21	טיפולים רדיותרפיים ו/או כימותרפיים	עד 11,042 ₪ לשנת ביטוח.	אין	אין
סעיף 1.22	טיפול בבעיות התפתחות בילדים על ידי אחד מאלה: פיזותרפיסט, ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג, רכיבה טיפולית - עד 30 טיפולים בשנת ביטוח.	עד 120.50 ₪ לטיפול.	20%	אין
סעיף 1.23	בדיקות לרפואה מונעת, למבוטח/ת מעל גיל 50, כוללת: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות העצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני.	עד 371 ₪ לבדיקה, אחת לשנתיים.	20%	אין
סעיף 1.24	אחות פרטית - לצורך שמירה על מבוטח ללא קשר לניתוח. שיפוי כנגד קבלות מקוריות או גמנן למקור, או הצהרה של האחות או אישור של בית החולים בדבר ביצוע השמירה.	עד 825 ₪ לכל יום למשך 14 ימים.	20%	אין
סעיף 1.25	בדיקות ושירותים לנשים בהריון - בדיקה וסריקה על קולית מורחבת, בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או ססי שלייה, בדיקת חלבון עוברי, מוניטור ביתי לניטור היריון בסיכון גבוה ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון עפ"י המלצת רופא מומחה. במקרה היריון עם תאומים - כפל סכום.	עד 4,015 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל היריון. סך 8,030 ₪.	20%	6 חודשים למבוטחים חדשים
ג.	תוספת לבדיקת מי שפיר-צ'יפ גנטי.	3,011 ₪.	20%	
סעיף 1.26	טיפולים במסגרת ניתוח והאשפוז ו/או אחריו: טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק טיפולי שיקום על פי הוראת רופא.	276 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים.	20%	אין
טיפול מחליף ניתוח פרק ו'	טיפול מחליף ניתוח הכולל שכר נותן הטיפול, הוצאות נדרשות לביצוע הטיפול, הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים, הוצאות אשפוז, שכר רופא מרדים, התייעצות עם רופא מומחה, שירותי הסעה באמבולנס.	עד 220,836 ₪.	אין	אין
חוות דעת נוספת בחו"ל פרק ז'	שיפוי בגין חוות דעת שנייה בחו"ל	עד 6,500 ₪.	20%	אין
רפואה משלימה - פרק ח' סעיף 3	טיפול אלטרנטיבי המופיע ברשימת הטיפולים המופיעה בפרק ח' סעיף 1 בתנאי הפוליסה.	עד 150 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח.	30%	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
<b>שירותים במהלך היריון וליולדת פרק ט'</b>	על פי רשימת השירותים המופיעים בסעיף 2 בתנאי הפוליסה. בכפוף להשתתפות עצמית לפי פירוט הסעיפים.	על-פי הפירוט בפרק ט' בתנאי הפוליסה.	על פי הפירוט בפרק בתנאי הפוליסה	אין
<b>מסלול מתנת חיים פלטיניום</b>				
<b>רפואה ושירותים אמבולטוריים פרק י' סעיף 1</b>	<b>התייעצות עם רוקח קליני, עד 2</b> התייעצויות בשנת ביטוח.	עד 1,205 ₪ להתייעצות.	20%	אין
<b>סעיף 1.2</b>	<b>בדיקות אבחנתיות הדמייה ודימות:</b> אבלציות AF, שירות רדיולוג פרטי, בדיקות גסטרו אנטרולוגיות לילדים בהרדמה כללית (כוללות: אנדוסקופיות, גסטרוסקופיה, קולונסקופיה, פוליפקטומיות בהרדמה).	עד 5,521 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח. סכום ביטוח מרבי לכל הבדיקות, 12,157 ₪ לשנת ביטוח.	20%	אין
<b>סעיף 1.3</b>	<b>בדיקות לאיפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה.</b>	כיסוי מלא לכל הבדיקות המבוצעות, כנגד חשבונות מקוריות או נאמן למקור עד סך 25,095 ₪.	אין	אין
<b>סעיף 1.4</b>	<b>בדיקות גנטיות מניעתיות לצורך אבחון</b> - פעם אחת בתקופת ביטוח לגילוי נשאות גנים סרטניים.	עד 4,015 ₪.	20%	אין
<b>סעיף 1.5</b>	<b>טיפולים הידרותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק</b> - עד 12 טיפולים לשנת ביטוח.	עד 4,407 ₪ ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.	20%	אין
<b>סעיף 1.6</b>	<b>טיפולים / ייעוצים אונקולוגיים כגון:</b> רדיותרפיה, ו/או כימותרפיה ו/או היפרתרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרו מגנטיים.	עד 100,380 ₪ לשנת ביטוח.	אין	אין
<b>סעיף 1.7</b>	<b>טיפולים ושירותי הפרייה.</b>	עד 10,038 ₪ לכל סדרת טיפולים ולכל היותר 5 סדרות.	אין	אין
	<b>טיפולי הפרייה בחו"ל.</b> זכאות לטיפול אחד בחו"ל לרבות טיפול השתלת ביציות, כולל תרומת ביצית וכל ההוצאות הכרוכות בתהליך זה.	עד 20,076 ₪ לתקופת ביטוח.	20%	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת האכשרה
	<b>מימון שירותי פונדקאות, בתנאי שהטיפול נעשה בהוראת חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010.</b> יכוסו עד 2 סדרות טיפולים לילד ועד לשני ילדים. במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי ביטוח עפ"י סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.	עד 25,095 ₪ לכל סדרת טיפולים לילד.	25%	אין
	<b>שמירת ביציות לטווח ארוך:</b> שיטת וטרי פיקציה.	עד 40,152 ₪.	אין	
<u>סעיף 1.8</u>	<b>בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי:</b> לפי פירוט הרשימה המופיעה בפוליסה.	עד 2,108 ₪ לכל היריון, פעם אחת.	20%	אין
<u>סעיף 1.9</u>	<b>הפסקת היריון באמצעות גלולת מייפיגין:</b> לאחר אישור ועדה רפואית.	עד 3,569 ₪	20%	אין
<u>סעיף 1.10</u>	<b>פסיכולוגיה רפואית:</b> שירותי אבחון וטיפול פסיכולוגי ולייווי לאורך התהליך הרפואי ולאחרי.	עד 502 ₪ ליעוץ.	20%	אין
<u>סעיף 1.11</u>	<b>אביזרים רפואיים:</b> רכישת אביזר רפואי לו זקק המבוטח עקב מצב רפואי עפ"י הפנייה מפורטת בכתב מרופא. לפי הרשימה המפורטת בפוליסה (אך לא רק).	עד 10,038 ₪ לכל שנת ביטוח.	20%	אין
<u>סעיף 1.12</u>	<b>טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות:</b> טיפולים שלא ממומנים ע"י קופות החולים ובלבד שיבוצעו בבית חולים מוכר ע"י הרשויות המוסמכות ואינם לצורך מטרה קוסמטית או אסתטית או ניסיוניים.	עד 10,038 ₪ לשנת ביטוח.	20%	אין
<u>סעיף 1.13</u>	<b>שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או התעמלות שיקומית</b> למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב-amblyopia.	עד 150.50 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים.	אין	אין
<u>סעיף 1.14</u>	<b>זריקות:</b> חומצה הילארונית, אפידורל, וולטרן, קורטיזון, בוטוקס רפואי. למען הסר ספק החברה תכסה גם את עלות השירות ו/או הטיפול הכרוך במתן הזריקה.	עד 3,011 ₪ למקרה בכפוף להשתתפות עצמית של 20% מההוצאה בפועל.	20%	אין
<u>סעיף 1.15</u>	<b>אבחון בעיות התפתחות בילדים / ליקויי למידה:</b> אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו-דידקטי, הפרעות קשב וריכוז ובדיקת TOVA.	עד 1,506 ₪ לתקופת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	20%	אין
<b>פמי עד הבית / המשרד 24/7 פרק י"א</b>	השירות יינתן 24/7 כל השנה בכל רחבי הארץ ובזמנות של שעותיים ממועד הודעת המנוי. השירות כולל: בדיקה גופנית, קביעת אבחנה רפואית, בדיקות לפי הפירוט בפוליסה, קבלת תרופות ראשוניות, קבלת מרשם לתרופות, הפנייה להמשך טיפול, הפניית חולה לחדר מיון לפי שיקול דעתו, מתן תעודה רפואית, פינוי חירום באמבולנס. <b>טלפון 03-5688145</b>		25 ₪ לביקור.	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה פרק י"ב	השירות יופעל לגבי פניות 24/7 כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור וכיפור. שירות המידע הוא טלפוני בלבד ואינו בגדר שירות חירום. השירות ינתן ללא מגבלה של מספר הפניות של המבוטח. מוקד פמי בטלפון 03-5688145			אין
עזרה ראשונה ברפואת שיניים פרק י"ג	המבוטח יהיה זכאי לטיפול עקב כאבי שיניים. הטיפולים כוללים בין היתר: בדיקה וצילום שיניים, סתימה זמנית, מרשם מתאים לשיכון כאבים, עקירה דחופה, ניקוז מורסה, הדבקת כתר שנפל, טיפול בחניכיים, שטיפה או טיפול תרופתי, עצירת דימום וכד'. במקרה שהטיפול בוצע בשעות הלילה (לאחר תום העבודה) או בימי שבת וחג ישופה המבוטח.	עד 180.50 ₪ או במסגרת נותן השירות.	אין	אין
טיפולים פסיכולוגיים פרק י"ד	טיפול פסיכולוגי ו/או ייעוץ אצל עובד סוציאלי ו/או טיפול פסיכיאטרי באמצעות פגישות אישיות עם מטפל.	עד 300 ₪ לטיפול ועד 10 טיפולים לשנת ביטוח.	30%	אין
מנוי בעת אירוע לב פרק ט"ו (נותן השירות "נטלי" יכול להשתנות)	המבוטח יהיה זכאי לשירות שיינתן 24/7 כולל שבתות וחגים למעט תקופות חירום או מקרי אסון. השירותים הם: ראיון רפואי מפורט כולל בדיקת א.ק.ג, מכשיר קרדיו ביפר לשידור א.ק.ג. טלפוני למוקד נותן השירות, שירות מרכז פניות ארצי לצורך הערכת מצב המבוטח, הזמנת אמבולנס אם המוקד יגיע למסקנה שיש צורך, פנייה למוקד רפואי. טלפון 1-800-555-222		אין	אין

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים וחריגיה.  
פוליסה זו אינה מהווה פוליסת ביטוח נסיעות לחו"ל.

## תנאים כלליים פוליסה לביטוח בריאות עמותה לרווח ותרבות לעובדי וגמלאי האוניברסיטה העברית (ע"ר)

להלן רשימת הנספחים להסכם זה:

**נספח א'** – הפוליסה וצרופותיה.

**נספח ב'** – השירותים (SLA).

**נספח ג'** – טופס הצטרפות.

**נספח ד'** – טופס הצהרת בריאות.

**נספח ה'** – יפויי 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 SLA, ובהתאם לסעיפי ההצטרפות הרלוונטיים.

- **פוליסת "מתנת חיים זהב"** הכוללת את פרקים ד'-ט' (לפי פרק ד' מסלול א' סעיף 3.1 או מסלול ב' סעיף 3.2) ונספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים SLA, ובהתאם לסעיפי ההצטרפות הרלוונטיים.

- **פוליסת "מתנת חיים פלטיניום"** הכוללת את פרקים י'-טו' ונספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים SLA, ובהתאם לסעיפי ההצטרפות הרלוונטיים.

**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'-ב'.



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/גמלאי ובני המשפחה לעבור לפוליסה זו בכפוף למילוי הצהרת בריאות בהתאם לנספח ד' בהסכם.

4.2 תינתן לכל עובדי / גמלאי 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.

4.3 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 "פליטנום קייר". **הכיסויים בהסכם זה יחולו לאחר מיצוי הזכויות במסגרת הפוליסה "פליטנום קייר". הכיסויים יהיו תקפים רק לטיפולים בישראל.**

4.4 **הצטרפות מבוטחים חדשים** - חברים חדשים ובני/ת זוגם וילדיהם עד גיל 35 אשר יתחילו את חברותם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם זה, ויבקשו להצטרף לרובד הבסיס ולכל אחד מרובדי הרשות, במהלך 120 ימים ממועד תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה, יוכלו לעשות כן בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובכפוף לכך שהבקשה הועברה למבטח בתוך 120 ימים מיום תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה. **על מבוטחים אלה יחולו הסייגים בגין מצב רפואי קודם.** הצטרפותם תיכנס לתוקף באחד לחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

**הצטרפות בן/בת זוג חדש** - בן/בת זוג אשר תיינשא לחבר - מבוטח, וילדיו/ה עד גיל 35 שנים, יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 120 ימים ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של החבר המבוטח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום לאותם רובדי ביטוח בהם מבוטח החבר. **על מבוטחים אלה יחולו הסייגים בגין מצב רפואי קודם.** הצטרפותם תיכנס לתוקף באחד לחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

4.5 מבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת "מתנת חיים זהב" בתקופת הביטוח הקודמת לפי מסלול א' בפרק ד' סעיף 3.1 מה"שקל הראשון" יוכלו לעבור בכל עת למסלול ב' בפרק ד' סעיף 3.2 משלים לשב"ן.

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

4.6 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 כאמור לעיל כמוה כאישור החברה המבטחת לקבלת המבוטח לביטוח בכיסוי מלא וללא חרגות.

4.7 כל מי שעונה על ההגדרה בסעיף 7. 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, וללא סייג רפואי קודם כלשהו.

4.8 מבוטחים שיוולדו להם תינוקות במהלך תקופת הביטוח רשאים להצטרף בתוך 120 ימים מיום הלידה וללא הצהרת בריאות לפוליסה זו על-פי היקף הכיסויהקיים להורה/ים המבוטח/ים. **מי שלא צרף את ילדיו בתוך 120 ימים מיום הלידה, יוכל לצרפם לאחר מכן בכפוף למילוי הצהרת בריאות.**

#### 4.9 גרעת מבוטחים ושינוי מסלולים

4.9.1 מבוטחים כהגדרתם בסעיפים 2.3 א'-ב' לפרק ההגדרות בפוליסה, יוכלו לגרוע את עצמם מהפוליסה באמצעות טופס ביטול.

4.9.2 מבוטחים כהגדרתם לפי סעיפים 2.3 א'-ב' לפרק ההגדרות בפוליסה, שיבקשו להצטרף חזרה לפוליסה זו, יוכלו לעשות זאת בכפוף למילוי הצהרת בריאות המצ"ב כנספח ד' להסכם.

#### חובות בעל הפוליסה

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

- לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד.
- לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.
- 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 העובד לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.

4.11 סעיף 4.10 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

- הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים 3 שנים לפחות לפני מועד חידושה.

- 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.

- 5.1 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.
- 5.2 התעריפים הינם התעריפים שיהיו קיימים אצל החברה המבטחת באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה עפ"י סעיף 5.1 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.
- 5.3 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 למבטח 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.
- 5.4 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 המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלו.

6. אחריות

- 6.1 החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ולא 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 שירות 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.

**7.1 התאמת הפוליסה והפרמיה ביום 31.3.25**

ביום 31.03.2025 (מועד תום ההסכם המקורי) יתבצע חישוב רווח והפסד לפוליסה בגין תקופת ההסכם הבסיסי עפ"י הנוסחה הבאה:

**7.1.1 הגדרות:**

- א. פרמיה ברוטו: הפרמיה ששולמה על ידי בעל הפוליסה והמבוטחים בתקופת ההסכם הבסיסי.
- ב. הפרמיה לחישוב: פרמיה ברוטו בניכוי הוצאות.
- ג. הוצאות: הוצאות החברה, עמלת סוכן ושכר טרחת יועץ ועד 30%.
- ד. תביעות (ה)ריסק: תביעות במסגרת פרק ההשתלות והטיפולים המיוחדים בחו"ל ותביעות שעלותן כל אחת מהן מעל חצי מיליון ש"ח במסגרת פרק התרופות.
- ה. תביעות משולמות: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה ושולמו בפועל במהלך תקופת הבדיקה, בניכוי תביעות הריסק.
- ו. תביעות תלויות: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקם, לא כולל תביעות הריסק.
- ז. IBNR: בהתאם לחישובי החברה.
- ח. סך התביעות: התביעות המשולמות, התביעות התלויות ו IBNR.
- ט. רווח/הפסד: הפער שבין הפרמיה לחישוב ובין סך התביעות.

**7.1.2**

במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים נוספים לפוליסה כפי שיוחלט בהסכמת הצדדים. מובהר למען הסר ספק, שבמידה וימצא הפסד, המבטח לא יחויב רשאי לדרוש מבעל הפוליסה תשלום רטרואקטיבי ו/או תשלום נוסף כלשהו, מעבר להתאמת הפרמיה כאמור לעיל.

**7.1.3**

כמו כן, ביום 31.03.2025, בעל הפוליסה יוכל לבקש להוסיף ולעדכן את תנאי הכיסוי הביטוחי ואת תנאי הפוליסה באופן כולל. במקרה בו עדכון ו/או הוספת הכיסויים תדרוש תוספת פרמיה, התוספת הנדרשת תדון בין הצדדים.

**7.1.4**

במידה והצדדים לא יגיעו להסכמה על גובה התוספת הנדרשת, בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע על רצונו בביטול הפוליסה בהודעה של 90 יום מראש ובתנאי שהוא יסדיר את המשך תקופת הביטוח בחברה אחרת. יודגש שביום 31.03.2025 יתאפשר צירוף של עובדים ובני משפחה שאינם מבוטחים בפוליסה, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות, ללא חיתום וללא תקופת אכשרה, ובתנאי שיודיעו על רצונם להצטרף לביטוח בתוך 150 יום ממועד זה.

**7.2 התאמת הפוליסה והפרמיה ביום 31.3.27**

ביום 31.03.2027 יתבצע חישוב רווח והפסד לפוליסה החל מיום 31.3.2025, עפ"י הנוסחה הבאה:

**7.2.1 הגדרות:**

- א. פרמיה ברוטו: הפרמיה ששולמה על ידי בעל הפוליסה והמבוטחים בתקופת ההסכם הבסיסי.
- ב. הפרמיה לחישוב: פרמיה ברוטו בניכוי הוצאות.

- ג. הוצאות: הוצאות החברה, עמלת סוכן ושכר טרחת יועץ ועד 30%.
- ד. תביעות (ה)ריסק: תביעות במסגרת פרק ההשתלות והטיפולים המיוחדים בחו"ל ותביעות שעלותן כל אחת מהן מעל חצי מיליון ₪ במסגרת פרק התרופות.
- ה. תביעות משולמות: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה ושולמו בפועל במהלך תקופת הבדיקה, בניכוי תביעות הריסק.
- ו. תביעות תלויות: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקם, לא כולל תביעות הריסק.
- ז. IBNR: בהתאם לחישובי החברה, אך לא יותר מסך התביעות המשולמות והתביעות התלויות ב-12 החודשים האחרונים טרם מועד הבדיקה, חלקי 12.
- ח. סך התביעות: התביעות המשולמות, התביעות התלויות ו IBNR.
- ט. רווח/הפסד: הפער שבין הפרמיה לחישוב ובין סך התביעות.
- 7.2.2 במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד ולא יותר מ 25%. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים נוספים לפוליסה כפי שיוחלט בהסכמת הצדדים. מובהר למען הסר ספק, שבמידה וימצא הפסד, המבטח לא יהא רשאי לדרוש מבעל הפוליסה תשלום רטרואקטיבי ו/או תשלום נוסף כלשהו, מעבר להתאמת הפרמיה כאמור לעיל.
- 7.2.3 במידה והצדדים לא יגיעו להסכמה על גובה התוספת הנדרשת, בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע על רצונו בביטול הפוליסה בהודעה של 90 יום מראש ובתנאי שהוא יסדיר את המשך תקופת הביטוח בחברה אחרת.
- 7.2.4 מובהר בזאת שהוראות התוספת תהיינה כפופות להוראות ההסדר התחיקתי והאסדרה.

# נספח א - פוליסה לביטוח בריאות קולקטיב לעובדי וגמלאי 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 "החברה המבטחת" - איילון חברה לביטוח בע"מ
- 2.2 "בעל הפוליסה" - עמותה לרווחה ותרבות לעובדי וגמלאי האוניברסיטה העברית (ע"ר) שמספרה 580545903.
- 2.3 "המבוטחים" -
- א. "מבוטח קיים" - מי שבמועד הצטרפותו לביטוח המקורי או לביטוח זה, הינו עובד/ת / גמלאי/ת אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן או בת זוגו (ובכלל זה ידועה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 35 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 זה ידועה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, שגילם עד 35 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 זה ידועה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, אשר בחרו שלא להצטרף לפוליסה הקודמת.
- ילד שהיה מבוטח ועבר את גיל 35 - הפוליסה הקבוצתית תמה לגביו. יכול להמשיך בפוליסה פרטית לפי התנאים שיהיו מקובלים אצל המבוטח ואצל סוכן הביטוח ובהתאם לסעיף 5 ("המשכיות") בתנאים הכלליים.
- 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 מקורי") לרבות עובדים / גמלאים חדשים, בני/ ות זוג חדשים וילדיהם כהגדרתם בסעיף 2.3 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. "גמלאי" - כל מי שעבד / עובד באוניברסיטה העברית ויצא או ייצא לגמלאות.
- 2.4 "המועד הקובע" - 01.04.2015
- 2.5 "פרמיה" - דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.

- 2.6 "תקופת המתנה" - תקופה המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה ואשר במהלכה לא תהא על החברה המבטחת החובה לשלם למבוטח תגמולי ביטוח.**
- 2.7 "המדד היסודי" - מדד יולי שפורסם ביום 15 ליוני 2017 - 12243. כל הסכומים, סכומי הביטוח והפרמיות בפוליסה ובהסכם צמודים למדד זה.**
- 2.8 "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.**
- 2.9 "מנתח / 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.**
- 2.10 "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.**
- 2.11 "בית חולים אחר" - 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 אין הסכם התקשרות עימו לצורך ביצוע ניתוחים למבוטחים.**
- 2.12 "סכום ביטוח" - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח.**
- 2.13 "חוק הבריאות" - חוק בריאות ממלכתי, תשנ"ד - 1994.**
- 2.14 "קופת חולים" - כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.**
- 2.15 "שירותי בריאות נוספים (שב"ן)" - 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.**
- 2.16 "ישראל" - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.**
- 2.17 "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינת אויב.**
- 2.18 "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.**
- 2.19 "בית חולים פרטי" - בית חולים כמוגדר לעיל המורשה ע"י משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.**
- 2.20 "השתתפות עצמית" - 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.**
- 2.21 "אשפוז" - שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, לרבות תרופות ובדיקות הקשורות לניתוח / טיפול רפואי שובצע.**
- 2.22 "יום אשפוז" - יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת. ביצוע הניתוח. למען הסר ספק, אשפוז יום ייחשב כיום אשפוז לצורך הזכאות בפוליסה.**
- 2.23 "שנת ביטוח" - 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**, **2004-2008-1-6**, **2003/9**, **2009-1-18**, **2009-1-12**, **2007-1-1**, **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 יעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה.

**"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.

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 בהירות 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.

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.

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.

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 להחתים את המבוטחים ע"ג כל הטפסים הנדרשים ע"מ לבצע את הליך השיבוב / החזר מול המבטח הקודם.

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

**ברות הביטוח** - למבוטחים היוצאים לשנת שבתון בחו"ל תינתן 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 2009-1-1.

**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 ₪ להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.13.

**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 (EVALUATION) 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 300 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 כרטיסנסיעה 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 יושלם 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 252,000 ₪.

במקרה השתלת כליה - סך של 264,000 ₪.

במקרה השתלת לב / לב-ריאה / ריאה / לבלב / כבד - סך 334,000 ₪.

#### 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 תפקודו 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 ביצע ההשתלה.

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.

\* **בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:**

**(א) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;**

**(ב) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.**

## פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל

### 1.1. מקרה הביטוח:

הינו הגדרת הטיפול המיוחד בחו"ל הרצ"ב.

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 הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.

יחד עם זאת, טיפולים ייחודיים וספציפיים במרכזים מוכרים בעולם לנושאי הסרטן ומחלות ייחודיות, לא יחחנו 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 800,000 ₪

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 1.2.

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

מקרה הביטוח	1.
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	<b>הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא הרלוונטי לעניין מטעם המבוטח.</b>
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).
חריגים עבור פרקים א' 3-1:	2.
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.

## פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

הגדרות	1.
תרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.	1.1 <b>מקרה הביטוח –</b>
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.	1.2 <b>תרופה –</b>
נטילת תרופה על פי הוראת רופא, בצורה חד-פעמית או מתמשכת.	1.3 <b>טיפול תרופתי –</b>
גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה המבטחת בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.	1.4 <b>סכום שיפוי מרבי –</b>
הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה, בגין תרופה והמשתנה מעת לעת, עפ"י המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.	1.5 <b>מחיר מרבי מאושר –</b>
חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.	1.6 <b>חוק ביטוח בריאות ממלכתי –</b>
מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השרות").	1.7 <b>בית מרקחת –</b>
תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית ואשר רשום בפנקס התכשירים הרשומים כהגדרתו בפקודת הרוקחים (נוסח חדש, התשמ"א 1981).	1.8 <b>תכשיר מזון רפואי –</b>
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.	1.9 <b>ויטמינים –</b>

## 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, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או בפינ. 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.

### ו. תרופה מיוחדת – למקרה ביטוח החל מ- 1/11/17:

תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות אשר אינה עומדת בהגדרת מקרה הביטוח שבפרק התרופות ואשר בנוסף מתקיימים לגביה אחד

## מהסעיפים הבאים:

1. המבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של התרופה מכוח סעיף 29 א' ס"ק 3 לתקנות הרוקחים (תכשירים) תשמ"ו-1986 (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי).

2. התרופה אושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות לטיפול במצב רפואי אחר ולא למצבו של המבוטח אולם:

3. (א) לאחר בדיקה גנטית להתאמת הטיפול בתרופה, נמצאה התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח

ו/א

(ב) רופא מומחה בכיר כהגדרתו להלן קבע כי מתקיימים התנאים הבאים במצטבר:

1. התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך 2 פרסומים מדעיים רפואיים ומקובלים וכי התועלת בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בנטילתה.

2. מניעת הטיפול בתרופה מהווה סכנה ממשית לחייו של המבוטח.

תקרת הכיסוי לסעיף זה תהיה 600,000 ₪, מתמלא כל 4 שנים, ולא יותר מ- 55,000 ₪ בחודש. תקרה זו באה בנוסף לתקרה הקבועה בהסכם.

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 לטיפולם 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.

<b>2.5</b>	<b>חבות החברה המבטחת על פי פרק זה תהיה לפי התנאים להלן:</b>
2.5.1	ההוצאות שהוצאו 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 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.
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.
<b>2.6</b>	<b>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 ₪.</b>
	<b>יובהר כי הסכומים על פי סעיף זה מתחדשים/מתמלאים כל 3 שנים.</b>

<b>.3</b>	<b>הגבלות לאחריות החברה המבטחת</b>
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.
3.3	תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי ישולם על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה ב-FDA או ב-EMEA.
3.4	תרופות לטיפול קוסמטיים ו/או אסטטיים.
3.4	תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
3.5	במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים 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 אלכוהוליזם 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' - החזר בגין הוצאות רפואיות מיוחדות

המבטח ישפה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים.

### 1. מקרה הביטוח: אחד המקרים המפורטים להלן אשר אובחנו במבוטח:

#### א. אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure) –

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

#### ב. תרדמת (Coma) –

מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

#### ג. מחלת כבד סופנית (שחמת) (Terminal Liver Disease Cirrhosis) –

מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

- 1) צהבת
- 2) מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
- 3) שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
- 4) אנצפלופתיה כבדית;
- 5) יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליניזם.

#### ד. אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure) –

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק מפושת של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

- 1) הקטנה חדה בנפח הכבד;
- 2) נמק מפושת בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
- 3) ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים I-7; צהבת, מעמיקה;

#### ה. מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) –

מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

- 1) נפח FEV1 של פחות מ- 1 ליטר או מתחת ל- 30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל- 50% או פחות מ- 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.
- 2) הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

#### ו. יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) –

עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה, הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

#### ז. אוטם חריף בשריר הלב (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION) –

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. אבחנה של אוטם חריף בשריר הלב תיתמך בבדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/



mi או רמה גבוה יותר, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים. יהיה ניתן לדרוש בנוסף לבדיקות הביוכימיות כאמור קיומה של אחת משתי האינדוקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג האופייניים לאוטם. **למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.**

**ח. ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair)**

ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסגרת מלאכותי.

**ט. ניתוח אבי העורקים (Aorta)**

ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת אבי העורקים, בחזה או בבטן. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי הליכים המבוססים על צינתור, כגון תיקון אנדווסקולרי של מפרצת אבי העורקים, יכוסו בהגדרה זו.

**י. ניתוח מעקפי לב (CABG)**

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

**יא. שבץ מוחי (CVA)**

כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. **כל זאת להוציא TIA.**

**יב. קרדיومیופטיה (Cardiomyopathy)**

מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

**יג. סרטן (Cancer)**

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין וכן סרטן שד מסוג DCIS ובתנאי שהמחלה מצריכה טיפול כימותרפי ו/או הקרנות.

**מקרה הביטוח אינו כולל:**

1) גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים. למען הסר ספק, גרורות לסרטן מקומי יכוסו.

2) מחלות עור מסוג:

Basal Cell Carcinoma - Hyperkeratosis

מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

3) מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS.

**יד. אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia)**

כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נוטרופניה וטרומבוציטופניה, המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1) עירוי מוצרי דם;

2) מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;

3) מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);  
4) השתלת מוח עצם.

### טו. גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) –

תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק ניורולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפרמציות של כלי הדם המוחים והמטומות.

### טז. עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis) –

מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימיא מומחה.

### יז. דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) –

דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת ניורולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיהן המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים. הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

### יח. דלקת מוח (Encephalitis) –

דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת ניורולוג מומחה, יותירו נזק ניורולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

## 2. זכאות לתגמולי ביטוח

מבוטח אשר לקה באחת המחלות ו/או המצבים הרפואיים המנויות לעיל, החל מיום 1.3.24 ועד ליום 31.3.25, יהיה זכאי לשיפוי בגין "הוצאות רפואיות" הנדרשות לצורך טיפול במצבו הרפואי, בנוסף לשיפוי או יציפי להם הוא זכאי עפ"י כל פרק בפוליסה זו, לפי העניין.

"הוצאות רפואיות" עפ"י פרק זה יוגדרו: הוצאות כגון תשלום עבור טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, כולל ניתוחים ו/או טיפולים מחליפי ניתוח, כולל עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז, כולל עלות רופא מרדים, שירותי סיוע והשגחה, הסעה באמבולנס, התייעצויות עם מומחים, כולל חוות דעת נוספת לפני ניתוח, בדיקות רפואיות, כולל הבחנתיות ו/או פתולוגיות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, כולל טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק ו/או שיקום, אביזרים רפואיים מושלמים, חימומים או מתכלים, תרופות בעת ניתוח ואשפוז, טיפולים למניעת ו/או הישנות המחלה או החמרתה, שכר אחות פרטית, וכן טיפולים בסימפטומים של המחלה או הנובעים ממצב רפואי המכוסה על פי פרק זה.

## 3. סכום הביטוח

בקרות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות כאמור אותם שילם המבוטח במהלך 12 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח ועד לתקרה של 50,000 ₪ למקרה ביטוח.

## פרק ג'1 - טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים (מתנת חיים)

- 1.1 שירותי הסעה באמבולנס**
- החברה המבטחת תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים 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.
- 1.2 התייעצות לפני ואחרי ניתוח**
- החברה המבטחת תכסה במלואן הוצעות התייעצות מוקדמות 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, החליט המבוטח לא לבצע את הניתוח.
- 1.3 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 אימונוהיסטוכמיות 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.
- 1.4 שכר אחות/פרטית ו/או חדר פרטי בעת, לפני ו/או לאחר הניתוח:**
- החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות להעסקת אחות/פרטית ו/או חדר פרטי, סכום של עד 1,205 ₪ לכל יום אשפוז, לתקופה שלא תעלה על ארבעה עשר (14) ימי אשפוז. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת. לגבי שירותי אחות/פרטית, תספק הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח.
- 1.5 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.

### 4. חריגים

- 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' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל בתוכנית ”שקל ראשון” - ללא השתתפות עצמית

#### 1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1. **”בית חולים פרטי”** - אחד מאלה: (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע”ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.2. **”התייעצות”** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
- 1.3. **”טיפול מחליף ניתוח”** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
- 1.4. **”מרפאה כירורגית פרטית”** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5. **”ניתוח”** - פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
- 1.6. **”קופת חולים”** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ”ד – 1994.
- 1.7. **”רופא מומחה”** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל”ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8. **”שתל”** - כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
- 1.9. **”תקופת אכשרה”** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

#### 2. מקרה הביטוח

ניתוח, או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

- בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלאו העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1. שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו; שכר מנתח.
  - 3.2. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה כולל את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;
  - 3.4. טיפול מחליף ניתוח כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.
- אם יבחר המבוטח לבצע את הפרוצדורות לעיל, עם ספקים שאינם בהסכם עם המבטח תשפה החברה את המבוטח עד לתקרת ספקים שבהסכם כפי שמופיעה באתר האינטרנט של החברה [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il).

**4. חריגים מיוחדים לפרק זה**

פרק זה מחריג את המקרים הבאים:

- 4.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.
- 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
  - 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
  - 4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלה. לעניין זה, "השתלה" - כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב פעילות ישירה בעל אופי צבאי;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

- א. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- ב. על אף האמור בסעיף קטן א', תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

## פרק דו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל בתוכנית משלים שב"ן - ללא השתתפות עצמית

### (פרק זה יחול על מבוטח שבחר בכיסוי משלים זה במקום הכיסוי הביטוחי המפורט בפרק ד')

#### 1. הגדרות:

- 1.1. **"בית חולים פרטי"** – אחד מאלה: (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.2. **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.3. **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.4. **"מרפאה כירורגית פרטית"** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- 1.5. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.6. **"קופת חולים"** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
- 1.7. **"רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8. **"שתל"** - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
- 1.9. **"תקופת אכשרה"** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

#### 2. מקרה הביטוח

ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח, לאחר מיצוי הזכאות עם השב"ן.

- 3.1 תגמולי הביטוח יהיו בדרך של החזר הוצאות (שיפוי).
- 3.2 לאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן, ישלים המבוטח למבוטח לפחות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהוא זכאי לקבל על פי תנאי השב"ן ובהתאם למפורט בסעיף 3.6 להלן.
- 3.3 קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כמפורט להלן:
- 3.4 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסעיף 2.3 להלן.
- 3.5 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר בתכנית השב"ן, אי תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר.
- 3.6 המבטח יכסה את ההוצאות הבאות, לאחר המיציג עם השב"ן כאמור בסעיף 3.2:
- 3.6.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכנסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
- 3.6.2 בהתייעצות שבוצעה שלא באמצעות נותן שירות בהסדר או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יאה המבוטח זכאי להחזר עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על 1,500 ₪ להתייעצות.
- 3.6.3 הוצאות שכר מנתח;
- 3.6.4 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית;
- 3.6.5 במקרה של נותן שירות שבהסדר עם המבטח במועד הניתוח, כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.6.6 במקרה של נותן שירות שאינו בהסדר, הכיסוי על פי סעיפים 3.6.2 ו- 3.6.3 יכלול שכר מנתח ואת מלוא ההוצאות כאמור בסעיף 3.6.5 לעיל, עד הסכום שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר, כמפורט באתר האינטרנט של המבוטח.
- 3.6.7 הוצאות טיפול מחליף ניתוח. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול המחליף ניתוח יזדקק המבוטח לניתוח.

#### 4. מעבר לפוליסת המשך

מבוטח שבוטלה חברותו בתכנית השב"ן בידי מי מהצדדים בתכנית, יהיה רשאי לפנות למבטח תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן. המבוטח רשאי לפנות למבטח בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתכנית שב"ן בקופה אחרת (שבה קיימת תקופת אכשרה) ובין אם לאו, בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי לניתוחים מהשקל הראשון (להלן: "פוליסת המשך") במקרים כאלה יעביר המבוטח את המבוטח לפוליסת המשך שתנאיה יכללו לכל הפחות את התנאים שהוצעו על ידי המבוטח במועד הצטרפותו של המבוטח לכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, תוך מתן רצף ביטוחי ובתנאי:



(1) סיום חברות המבוטח בתכנית השב"ן בקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתכנית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת,

(2) מעבר לתכנית שב"ן בקופה אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת).

הפרמיה שתשולם על ידי המבוטח בפוליסת ההמשך תהא הפרמיה הנהוגה לכלל המבוטחים אצל המבטח באותה עת בפוליסת ניתוחים מהשקל הראשון. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן.

## 5. חריגים מיוחדים לפרק זה

- המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 5.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 5.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 5.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 5.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 5.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 5.5 השתלה. לעניין זה, "השתלה" - כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
- 5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות שנדרש אישור של ועדת הליסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הליסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 5.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב פעילות ישירה בעלת אופי צבאי;
- 5.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 5.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

## 6. תקופת אכשרה

- א. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה שהתרחשה בתקופת הביטוח.
- ב. על אף האמור בסעיף קטן א', תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

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

### 1.1 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, והכול בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

### 1.2 התייעצות לפני ואחרי ניתוח:

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

### 1.4 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.

- 1.5 שכר אחות פרטית ו/או חדר פרטי בעת, לפני ו/או לאחר הניתוח**
- החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות להעסקת אח/ות פרטית/ות ו/או חדר פרטי, סכום של עד 1,205 ₪ לכל יום אשפוז, לתקופה שלא תעלה על ארבעה עשר (14) ימי אשפוז. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת. לגבי שרותי אח/ות פרטית/ת, תספק הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מההוצאה.
- 1.6 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.
- 1.7 קצבה חודשית לפיצוי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B**
- מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו 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.
- 1.8 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.
- 1.9 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 ליורשיו החוקיים.
- 1.10 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.

### 1.11 שחרור מתשלום פרמיה

החברה המבטחת תשחרר את המבוטח ו/או את בעל הפוליסה מתשלום פרמיה במקרה של אובדן כושר עבודה כאמור בסעיף 3.15 לעיל. המבוטח ו/או בעל הפוליסה יהיה משוחרר מתשלום הפרמיה החודשית עבור הביטוח כל עוד יחשב כמי שנמצא במצב של אובדן כושר.

### 1.12 ביופסיות

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

1.13 **בדיקות אבחנתיות: בדיקות הדמיה** U.S, C.T, PET, M.R.I, קרדיו סי.טי. CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI), וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או קביעת הטיפול בה, המבוצעת במהלך האשפוז.

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

1.14 **בדיקות אבחנתיות: בדיקות הדמיה** U.S, C.T, PET, M.R.I, קרדיו סי.טי. CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI), וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או קביעת הטיפול בה, המבוצעת לקראת ניתוח ולשם ביצועו או לאחר האשפוז אך שלא במהלך אשפוז ו/או לאחר הניתוח.

בוצעה במבוטח בדיקה אבחנתית ו/או הדמיה שלא במהלך אשפוז אך לצורך הניתוח ולשם ביצועו או לאחר האשפוז יהיה המבוטח זכאי לשיפוי בגין הוצאותיו עד 5,500 ש"ח 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 בנייתו והבדיקה בוצעה לצורך ביצועו.**

### 1.15 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.

### 1.16 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.

### 1.17 פיצוי יומי בעת אשפוז במקרה ניתוח:

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

## 1.18 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.

## 1.19 בדיקות אבחנתיות: (ללא קשר למופיע בסעיפים הרלוונטיים בפרק ה' סעיפים 1.13 ו-1.14)

סעיפים 1.13 ו-1.14) לעיל התשלום הגבוה מביניהם לבחירת המבוטח).  
**בדיקות אבחנתיות כגון:** בדיקות מעבדה: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו' (רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה - אולטרסאונד) U.S (טומוגרפיה ממוחשבת) C.T (בדיקת תהודה מגנטית) M.R.I, CTC, מיפוי, PET, OCT, CAPSULE (PAP) WIRELESS ENDOSCOPY, EMG, EEG, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI), 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.

### בדיקות דימות כגון:

- CARDIAC CT סריקה של הלב בסורק חדשני 64 פרוסות המאפשר אבחון מדויק ומהיר של הצרויות בעורקי הלב- מבלי להחזיר 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 .TPET - positron emission tomography
  - הדמיית בלוטות ממוחשבת לרבות מיפוי בלוטותלימפה.
  - תהודה מגנטית פונקציונאלית - FMRI (Functional Magnetic Resonance Imaging)
- החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 5,520 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח.
- כסום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של 15,057 ₪.

## 1.20 טיפולים פיזיותרפיים - (ללא קשר למופיע בסעיף 1.26)

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

## 1.21 טיפולים רדיותרפיים ו/או כימותרפיים - עד 11,042 ₪ לכל שנת ביטוח.

## 1.22 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, ובכפוף להגשת הפנייה בהתאם לסעיף. למעט רכיבה טיפולית אינה צריכה להיות מבוצעת ע"י אחד ממטפלים הרשומים להלן:

פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג. נדרשת הפנייה מרופא להתפתחות הילד ו/או מפסיכיאטר ו/או מניורולוג ו/או מרופא קופת חולים אשר מומחה להתפתחות הילד בציון הבעיה הרפואית.

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות כאמור לעיל בשיעור של 80% מעלות הטיפול אך לא יותר מ-120.5 ש"ח לטיפול ולא יותר מ-30 טיפולים סה"כ בשנת ביטוח.

**1.23 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%.

**1.24 אחות פרטית -** 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 ארבעה עשר (14) ימים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית.

### **1.25 בדיקות ושירותים לנשים בהריון:**

א. 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 ההריון בסיכון גבוה ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון עפ"י המלצת רופא מומחה.

ב. השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-4,015 ש"ח עבור כל הבדיקות יחד בכל ההריון.

ג. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 8,030 ש"ח לכל ההריון. תוספת לבדיקת מי שפיר - צ'יפ גנטי. החברה המבטחת תישא בסכום ביטוח נוסף של 3,011 ש"ח בגין סעיף זה ובכפוף להשתתפות של 20%.

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

### **1.26 הוצאות במסגרת הניתוח והאשפוז ו/או אחריו:**

**כיסוי הוצאות לטיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום** - לאחר ביצוע ניתוח, יינתן כיסוי על פי הוראת רופא לטיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום, עד 276 ש"ח לטיפול עד 20 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מההוצאה.

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

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

- החברה המבטחת לא תהיה אחראית ולא תשלם עפ"י פרק זה כל תביעה הקשורה ב:
- 2.1 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.
- 2.2 טיפולי שיניים למיניהם או עקירות שיניים, או ניתוחי חניכיים וכל ניתוח הנעשה ע"י רופא שיניים, אלא אם כן הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאותו הוכרה.
- 2.3 מחלות הנובעות משכרות כרונית ו/או שימוש בסמים, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא.
- 2.4 חשיפה לזיהום רדיואקטיבי, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית.
- 2.5 איידס, למעט האמור בסעיף 1.6
- 2.6 ניתוח ו/או טיפול ניסיוני.

## פרק ו' – טיפולים מחליפי ניתוח

הגדרות לפרק זה		1.
טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח עבר או יעבור.	1.1 מקרה הביטוח -	
טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח.	1.2 טיפול חלופי -	
גובה תגמולי הביטוח שתשלם החברה המבטחת בגין הטיפול החלופי כאמור בפרק זה להלן.	1.3 סכום שיפוי מרבי -	
רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה.	1.4 נותן הטיפול החלופי -	
נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה.	1.5 נותני שירות -	
למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.	1.6	
התחייבות החברה המבטחת		2.
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 הוצאות הרפואיות שלהלן שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח, וזאת עד לתקרת השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:	1.	
ההוצאות הרפואיות עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגינן זכאי המבוטח לשיפוי מאת החברה המבטחת הן 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.	2.	
הטיפולים יינתנו בבית חולים או מרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) אשר רשומה כדין בפנקס המרפאות.	3.	
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.	4.	
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 3.1).	5.	
ביצוע על ידי נותני שירות שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי – החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות	6.	



שהוצאו בפועל ובכפוף לתקרת השיפוי המרבי על פי האמור להלן.  
(בסעיף 3 תת סעיף 3.1).

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, השתלה ביצוע פעולה לריסוק אבני כליה באמצעות גלי ה-EXWL, השתלה תוך גופית של כדורים רדיואקטיביים לטיפולים 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 ואוסטיאוארטרטיס (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 לטיפולים 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 שייגרמו 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.

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**

<b>מקרה הביטוח</b>	<b>.1</b>
מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית נוספת בכל תחום רפואי.	
<b>הכיסוי</b>	<b>.2</b>
הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות.	
<b>סכום הביטוח</b>	<b>.3</b>
בחו"ל – השיפוי בגין חוות דעת שנייה בחו"ל יהא 6,500 ש"ח ובהשתתפות עצמית של 20%.	

## פרק ח' – שירותים נוספים - רפואה משלימה

הגדרות לפרק זה:		1.
1.1	"טיפול אלטרנטיבי" - טיפול במצבים בריאותיים על ידי שימוש בדוגמאות שיטות הטיפול המפורטות להלן:	
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 מיידית של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.	
1.5	"כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.	
1.6	"טיפול לפי שיטת פלדנקרייז" - שיטת טיפולית כוללנית העושה שימוש בתנועות גוף והתעמלות ייחודיות.	
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 המופיע ברשימה אשר עבר המבוטח.

### 3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 70% מההוצאה ועד 150 ₪ לכל טיפול ועד 16 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 לליווי 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 השירות או לאספקת המכשיר	השתתפות עצמית (כולל מע"מ)
מכשיר להיריון- 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 אחות מוסמכת	אספקה עד שבוע מהמועד ההזמנה	95.36 ₪ לחודש

השירות	תיאור השירות	משך ממוצע של השירות	נותן השירות	זמן לתיאום השירות או לאספקת המכשיר	השתתפות עצמית (כולל מע"מ)
קורס אישי להכנה ללידה	קורס אישי להכנה ללידה בבית המנויה	2 מפגשים של שעותיים 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 ₪
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. כללי

- 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 12 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 בפנייה 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 ייעשו ע"י החברה בתשלום של 25 ₪ לכל כיוון. באזורים בהם שירות חברות שילוח או שירות דואר חבילות אינו פועל, יסופק המכשיר לכתובת חלופית שתבחר הלקוחה בה 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 שירותי 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 בכתובת שתימסרנה למנויות על ידי מוקד השירות, ואליהן יגיעו בעצמן ועל חשבונן.



## מתנת חיים פלטיניום

### פרקים י'-טו'

## לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים SLA

### פרק י' – ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים (פלטיניום)

1. ינתנו 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 יעוץ 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, הדמייה ודימות** (ללא קשר למופיע בסעיפים הרלוונטיים בפרקים ג'1' (מתנת חיים) ו-ה' (מתנת חיים זהב) לעיל, התשלום הגבוה מביניהם לבחירת המבוטח.

- אבליציות AF – לטיפול בהפרעות קצב.
- שירות רדילוג פרטי – בחירת רדילוג מומחה בתת תחום של בדיקות הדימות, פענוח הבדיקה, שיחת יעוץ אישית במהלכה יוסברו התוצאות ושיחה של הרדילוג עם הרופא המפנה.
- בדיקות גסטרואנטרולוגיות לילדים בהרדמה כללית - הבדיקות כוללות בדיקות אנדוסקופיות, גסטרוסקופיה, קולונוסקופיה ופוליפקטומיות בהרדמה.
- טיפול בIOD רדיואקטיבי לחולי סרטן בלוטת התריס – יוד רדיואקטיבי הניתן בקפסולה דרך הפה.
- מיפוי לאבחון מחלת פרקינסון.
- גסטרו קולינו ברוכונוסקופיה.

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

1.3 **בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה**

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 סרטניים וכן מחלות נוספות.

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

#### 1.5 טיפולים הידרותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק (ללא קשר למופיע בפרק ה' (מתנת חיים זהב), לעיל, סעיפים 1.12 + 1.26).

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות 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 / יעוצים אונקולוגיים עם רופא (סעיף 1.6 ללא השתתפות עצמית)

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 ₪ 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 ₪ 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 ₪. 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 תשלום למבוטח 75% מהסכום ששולם בפועל תמורת שירותי פונדקאות ובתנאי שהטיפול יעשה על ידי הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 וזאת עד 25,095 ₪ 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. שמירת ביציות לטווח ארוך – שיטת וטרי פיקציה וזאת עד 40,152 ₪.

### 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 ₪ 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 (Mucopolipidosis type 4-ML4)
- אטקסיה (Ataxia Telangiectasia A-T)
- ניימן פיק (Niemann-Pick)
- חוסר אלפא 1 אנטיטריפסין (A1-Antitrypsin Deficiency)
- אגירת גליקוגן (Glycogen Storage)
- חרשות (קונקסין)
- מייפל סירופ (MSUD)
- טיי זקס
- F.I.S.H 3 כרומוזומים
- F.I.S.H 5 כרומוזומים
- קוסטף
- Nemaline myopathy
- A1AT
- חרשות לא-סינדרומית מסוג DFNB1
- Spinal Muscular Atrophy
- GSD1
- MCN
- SMA

- 1.9 הפסקות הריון באמצעות גלולת מייפיגין**
- לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 3,569 סמ (כולל עלות הוועדה) ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 1.10 פסיכולוגיה רפואית**
- שירות וליווי פסיכולוגים עבור החולים ובני משפחותיהם, שירותי אבחון וטיפול פסיכולוגי המותאמים למאפייני החולה ומלווה אותם לכל אורכו של התהליך הרפואי ולאחריו בשיתוף פעולה מלא עם הרופא המטפל. החברה המבטחת תשפה את המבוטח בסך של 502 ₪ ליעוץ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מההוצאה.
- 1.11 השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים**
- החברה המבטחת תשפה את המבוטח עבור הוצאות ממשיות שהוציא המבוטח בפועל בגין רכישת אביזר רפואי, לו נזקק המבוטח 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 סכרתי, מכשיר לאבדוקציה לתינוקות, משאבת אינסולין וסד גבס קל.
- יובהר כי משקפיים יכולים במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7. ההחזר יהיה עבור עדשות בלבד.
- בנוסף, יכולים משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.
- המבוטח יהיה זכאי להחזר של 80% מהוצאותיו בפועל ועד תקרה של 10,038 ₪ לכל שנת ביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים.
- 1.12 טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות**
- המבוטח 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 ואינם ניסיוניים.
- סכום השיפוי המרבי שישולם הוא 10,038 ₪ 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 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים.

## 1.14 זריקות

החברה המבטחת תשתתף בהוצאות בגין זריקות: חומצה הילארונית, אפידורל, וולטרן, קורטיזון, בוטוקס רפואי, וזאת עד 3,011 ₪ 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 מבוסס 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 ₪. 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' - פמי פרימיום עד הבית / המשרד 24 שעות ביממה

המבוטח יהיה זכאי לשירותי ביקור בית של רופא, בתיאום עם מוקד השירות בטלפון 03-5688145, 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 פינויו 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 חשבון.

השירות יינתן 24 שעות ביממה כל השנה בכל רחבי הארץ ובזמינות של שעתיים ממועד הודעת המנוי. הרופא יהיה מצויד בציוד 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 פרטי 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. השירות

- המבוטח יהיה זכאי לקבל שירותי מידע ושירותים נוספים כמפורט להלן (להלן "שירותי המידע") באמצעות ספק השירות פמי פרימיום טלפון 03-5688145.
- 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 שירות מידע ברפואה גריאטרית** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום גריאטריה ע"י רופא בעל תואר מומחה ברפואה גריאטרית הרשאי לעסוק במתן השירות האמור.
- 1.5 שירות 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 השירות האמור.
- 1.6 שירותי מידע לדיאטה ותזונה נכונה** - מתן מידע טלפוני בתחום הדיאטה והתזונה, ע"י דיאטן קליני או תזונאי הרשאי לעסוק במתן השירות 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 השירות, והיה ולפי שיקול דעת נותן השירות, לא ניתן ליתן את השירותים ללא בדיקה של המבוטח, יודיע זאת לפונה נותן השירות 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 השירות 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 השירות.**
- 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 לשכוך 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 300 ₪ לטיפול ועד 10 טיפולים לשנת ביטוח או במסגרת נותן שירות שבהסכם בכפוף להשתתפות עצמית של 30%.

## פרק טו' – מנוי בעת אירוע לב (תקף אך ורק באם למבוטח אירוע אירוע לב כמוגדר בסעיף זה ולאחריו)

הגדרות	.1
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	
מפרט השירותים	.2
המבוטח יהיה זכאי לקבל במשך תקופת הביטוח ולאחר 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 דחוייה לשנה בגובה 70% ממחיר המכשיר באותה עת. בתום השנה תפדה ההמחאה 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 השירות, 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 השירות 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 השירות 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 השירות על פי שרות זה, לעשות שימוש במידע רפואי שנרשם אצל נותן השירות לצורך מילוי תפקידיו ומסכים כי המידע הנ"ל יועבר במידת הצורך בשידור אלחוטי, בטלפון או בכל דרך אחרת. כן מרשה המבוטח לנותן השירות להקליט שיחות הנערכות עמו או עם מי מטעמו, והכול לצורך מתן השירות הרפואי למבוטח.
- 3.2 לצורך עדכון הרשומה הרפואית ידווח המבוטח לנותן השירות בכתב על כל שינוי מהותי במצב בריאותו ועל כל שינוי בתרופות שהוא נוטל ובמינון, וימציא לנותן השירות 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 השירות, 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 ב' - השירותים (SLA)

- החברה המבטחת תקצה קו ייעודי חינם שמספרו 1-700-720-099 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 לפניית 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 חשבונה 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 והעברתו 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 במליוי טפסים, לרבות טפסי התביעה ובתרגום המונחים, לרבות המונחים הרפואיים וכן תעמיד לצורך זה כוח אדם מתאים במשרדה. כמו כן, תספק החברה המבטחת לבעל הפוליסה תרגום של השאלות המופיעות בטפסים השונים, לרבות טפסי התביעות לנוחיות המבוטחים, תרגום שיוספק 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 וברור בבעיות גביה ותשלומים.
- עדכון מספר המבוטחים בפוליסה (במקרה של הולדת ילד, פטירה חו"ח וכו').

## 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 48 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 ייפוי כוח לטובת "מוקד האוניברסיטה העברית" המסמיך אותו לפעול בשמו מול כל מבטח נוסף לרבות קופת חולים, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבוטח, ייגש 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 הזכאויות 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, ייגש 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 לשיבוץ / החזר מול החברה המבטחת הנוספת והשבת כל הכספים המגיעים למבוטח על פי הכיסוי שבדיו.

- נפטר מבוטח חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו 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, אמת שירות – SLA

- "מוקד האוניברסיטה העברית" מתחייב לענות לסלפון 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 בבקשה בגינה פנה ל"מוקד האוניברסיטה העברית", וזאת, תוך 6 שעות ממועד הפניה הראשונה.
- "מוקד האוניברסיטה העברית" מתחייב כי בכל מקרה, משך הטיפול בבקשה 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.



שם הקולטיב	שם סניף	תאריך הגשת עבודה שנה / חודש / יום
שם קולטיב	שם פרטי	תאריך הגשת הביטוח שנה / חודש / יום

באפשרותך להצטרף לאחד מהסלולי הביטוח המתפרטים להלן:  
צירוף בני משפחה של העובד מותנה בביטוח העובד.

א. פרטי המועמד הראשי לביטוח						
	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון נייד	עובדת
				ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>		
	רחוב	מספר בית	ישוב	מקור	טלפון בבית	סטטוס עובדי
				שם קולטיב	שכ"מ	סטטוס דוא"ר
				Email:		

ב. פרטי המועמדים לביטוח

כל הפרטים שזו עובד לרבות מנהלת לכל 18 ימים רק על ידי הנהלה/אשראי/סניף המוסמך לחתום על טופס זה. הוצאת טופס זה מותרת רק עם אישור מנהל/מנהלת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. בהודעה ימשיך כפי שהם מספרות. עובד/ת אלו מספרות בטופס זה שמשה אדם עובד המלמד תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. בהודעה ימשיך כפי שהם מספרות. עובד/ת אלו מספרות בטופס זה שמשה אדם עובד המלמד תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. בהודעה ימשיך כפי שהם מספרות. עובד/ת אלו מספרות בטופס זה שמשה אדם עובד המלמד תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. בהודעה ימשיך כפי שהם מספרות. עובד/ת אלו מספרות בטופס זה שמשה אדם עובד המלמד תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד.

השטח לרישום דיוורים, מדוע נוסחתם ביום להשלים זה לרשום הפרטים שלך בגיל, יישוב או אחר, באמצעות דרכי-ימים, אם יש, לפי פרטי הקשר והמעמדים.  
השטח לרישום דיוורים, אם ברצונך לקבל משה-אם אלו בדיעבד, למפת פרטי הקשר והמעמדים אלו או לעדכן באפשרותך לעשות זאת, בכל שנה, באזור רישום שלך באזור הרישום (www.ayalon.co.il).

שכ"מ (ביטוח משלים) / שבו	שם קולטיב	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	בן/בת זוג
		ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					
		ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					1
		ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					2
		ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					3
		ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					4
		ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					5
		ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>					6

פרטי התקשרות					
מספר טלפון מסך	מספר טלפון נייד	מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב
					<input type="checkbox"/> בקולט זוג <input type="checkbox"/> מספר זהות לשכ"מ <input type="checkbox"/> ליד טעם גיל 18 <input type="checkbox"/> מספר זהות לשכ"מ <input type="checkbox"/> ליד טעם גיל 18 <input type="checkbox"/> מספר זהות לשכ"מ <input type="checkbox"/> ליד טעם גיל 18 <input type="checkbox"/> מספר זהות לשכ"מ <input type="checkbox"/> ליד טעם גיל 18 <input type="checkbox"/> מספר זהות לשכ"מ <input type="checkbox"/> ליד טעם גיל 18 <input type="checkbox"/> מספר זהות לשכ"מ <input type="checkbox"/> ליד טעם גיל 18 <input type="checkbox"/> מספר זהות לשכ"מ <input type="checkbox"/> ליד טעם גיל 18
					כתובת דוא"ר (e-mail) להודעות אישיות ודיוורים
					<input type="checkbox"/> בקולט זוג
					ליד טעם גיל 18
					ליד טעם גיל 18
					ליד טעם גיל 18
					ליד טעם גיל 18
					ליד טעם גיל 18
					ליד טעם גיל 18
					ליד טעם גיל 18

ג. דמי הביטוח (פרמיה חודשית)							
מסלול כיוסיים	בית אב עד 60	בודד עד 60	בית אב מעל 60-79	בודד מעל 60-79	בית אב מעל 80	בודד מעל 80	ילד עד גיל 35
מתנת חיים	51	51	51	51	51	51	0
זהב שקל ראשון	367.35	155.82	479.82	232.80	508.18	248.81	58.60
זהב משלים שב"ן	325.87	138.27	417.62	192.92	440.57	205.47	57.79
פליטינום שקל ראשון	447.10	186.12	529.27	255.13	562.03	273.09	76.60
פליטינום משלים שב"ן	405.62	168.58	467.07	215.25	494.31	229.74	74.10

ד. תוכניות הביטוח			
נא לסמן את המסלול המבוקש לידעתך במסלול הנבחר לכל המבוטחים הרשומים בטבלה ב לעיל.	מתנת חיים	מתנת חיים זהב	מתנת חיים פליטינום
<ul style="list-style-type: none"> <li>השתלולת בארץ ובחו"ל</li> <li>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</li> <li>ניתוחים בחו"ל</li> <li>תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</li> <li>החרז בגין הוצאות רפואיות מיוחדות</li> <li>שירותים אמבולטוריים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ניתוחים בארץ</li> <li>שירותים אמבולטוריים</li> <li>טיפולים מחליפי ניתוח</li> <li>חוות דעת נוספת בחו"ל</li> <li>רפואה משלימה</li> <li>הבילת שירותים לאישה</li> <li>בהריון וליולדת</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>שירותים אמבולטוריים</li> <li>ביקור רופא עד הבית 24/7</li> <li>שירות מוקד מידע טלפוני</li> <li>עזרה ראשונה ברפואת שיניים</li> <li>טיפולים פסיכולוגים</li> <li>מני בעת אירוע לב</li> </ul>	<input type="checkbox"/> שקל ראשון <input type="checkbox"/> משלים שב"ן

ה. הצהרת המועמדים לביטוח  
אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות (רלוונטי רק לטופס עם הצהרת בריאות) מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לנו שהביטוח אינו מכסה תביעות בכפוף לסייג מצב רפואי קודם המפורט בפוליסה ותוך תקופת האכשרה (בהם קיימת תקופת אכשרה), למעט מבוטחים אשר עוברים ברצף ביטוחי מפוליסה קבוצתית או פרטית קיימת (רצף ניתן לכיוסיים חופפים).

מועמד	תאריך	שם המועמד	מספר זהות	חתימה
עובד/ת				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

ו. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת  
א. אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי איילון חברה לביטוח בע"מ ישמש את איילון ואו מי מטעמן, על לכל עניין הקשור בירת מוצרי איילון ובשיווקם, רבות כדי לאפשר לאיילון להביא לידעתי מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופנינסיים אחרים שבשירותי, עיבודו ואחסון של המידע, וכן לשימושים נוספים הולכים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של איילון.  מסכים  לא מסכים

ב. הרינו להודיער כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת איילון, לפי העניין. באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיגוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).  
אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של איילון בכתובת [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il) או באמצעות פניה בכתב לכתובת: רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת גן, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 1-800-35-2001.

ג. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת איילון קיים באתר האינטרנט של איילון בכתובת [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il).

ז. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח - מידע על פוליסות מאת משרד האוצר

עדכון פרטי בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין.  
שדות שוק הוון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שחברת הביטוח תעביר אליהם.  
אם הינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עלך למלא את פרטי בעמוד הראשון בטופס, טבלה ב. לידעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת עובד/ת	חתימת בן/בת זוג
חתימת ילד מעל גיל 18 - שם _____	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם _____	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם _____
חתימת ילד מעל גיל 18 - שם _____	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם _____	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם _____

ח. הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תשיל לחדר על כל אחד מהכאבים המסומנים הרשמי, בקלות האם את אחד מהדברים המסומנים, יש לענות על השאלות שלהלן בדיוק / בנדר והמאזנה המוצהה, הלי האריך, להאליט את המדוע המדויק עם בסיס המעוררת. בכל מקרה של תשובה ודויית (ק) יש לרשם במהלך המענה להחליט פרטים ושאלות יש לרשם המענה קדמית מהרצף המסגל בתחום לבינה המעוררת, ומסומנת בדיוק, וכן הישיל ומסומנת הקדמית, על כל מקרה לביטוח בעלת 65 מעולה לרשם המענה ודויית המתייחסת לחיוב הרפואי לחיוב המתייחסת, תרופות (קטגוריה), אמצעות הרפואה, המסומנת בדיוק ותמצא שינויים בעמדתם, ב-5 מענים המודגמים (למעט במקרה של רכישה ביטוח ומסומנת אחרת).

סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.		ראשי		ק/ב/ג		זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן

אם התשובה היא "כן" יש למלאו שאלון מחלות מפורט (שמספור רשום במוגררים)

פרטים כלליים (גובה ומשקל לילד מגיל 10)

שמות המסומנים																			
מזהה (בג"מ)																			
מסוקל (בדק"ג)																			
1.	האם אתה מוביל מחלה כרונית כגון יתר לחץ דם, סוכרת, מחלות לב ומרע?																		
2.	האם אתה נוטל או תמליץ לך לטול תרופות באופן קבוע?																		
3.	האם אתה נמצא בבית חולים ב-3 המצבים המפורטים?																		
4.	האם עקבות כרונית אדם נמצא רשמי בלשונה ב-3 המצבים המפורטים?																		
5.	האם אתה נמצא לעבור כרונית או לקבל כרונית רשמי כלשהו בעתיד?																		
6.	האם אתה נוטל או תמליץ או תמליץ הקפדה בריאות, גב, תזונה, ודליט, דייט?																		
7.	האם אתה סובל מקושי לערדה כלשהי בביתך בשלילת הרגלים: לקוח ולשבת, להחליט ולהתאמת, להעדיף, לאכול ולחנות, לשלם על המצבים, בידוד?																		

פרטים ממצאים חובבים בשאלות הצהרת הבריאות (בה לציין את מס' הסעיף אליו היקר מתייחס)

שם המסומן	המסומן המסומן	שם המסומן	פרטים על המחלה, תחומן, שם או	מסומן כינוי

ט. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

הסוכן	שם המסומן	חתימת המסומן

י. אופן התשלום

אין תשלום רגום המצא להחליט המסומן לביטוח המסומן מדי חודש פרמיות בלב המסומן המסומן עבור עומד בדי המסומן, מסומן המסומן אליו מרצה המסומן.

המסומן או המסומן המסומן של עוד לא נמצא המסומן במסומן על ידי המסומן המסומן והמסומן כי המסומן בין אילון חובה לביטוח לבן המסומן המסומן.

חתימת המסומן	המסומן

### 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

### **בקשה לתשלום תגמולי ביטוח (תביעה) בביטוח רפואי בעת מקרה ביטוח**

תביעה הינה בקשה להחזר הוצאות המבוטח / תגמולי ביטוח או בקשה להתחייבות לספק המשולמים / מונפקים ע"י המבטח בגין אירוע ביטוחי המכוסה במסגרת הפוליסה ותנאיה. את הבקשה למחלקת התביעות יש להגיש לפני ביצוע הטיפול המבוקש.

### **מה לעשות במקרה של תביעה?**

יש לפנות אל סוכנות הביטוח ב.טיקר ביטוח, גמל ופיננסים

טלפון 02-5019901

דוא"ל office@btiker-ins.co.il

אתר אינטרנט www.btiker.co.il

**יש אפשרות לפנות גם אל לחברת הביטוח באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון:**

1-800-35-2001 או דוא"ל: mailh@ayalon-ins.co.il

**ימים ושעות פעילות:** ימים א' עד ה' בין השעות 8:00 - 16:00.

ניתן להעביר את המסמכים באמצעות דואר אלקטרוני, בחשבון האישי המקוון או כמסרון על-ידי שליחת המילה **תביעה** באמצעות סמארטפון (SMS) למספר 050-3015829.

על מנת שנוכל לטפל בתביעתך בצורה מהירה ויעילה ובהתאם לתנאי הפוליסה אשר ברשותך, נבקשך ליישם את הכללים הבאים בעת הגשת תביעה:

1. **טופס תביעה** - יש למלא טופס תביעה מלא על כל רכיביו ובהתאם לתחום הרלוונטי לתביעה (ניתוח, מחלה קשה, תרופה, אמבולטורי).
2. **מייל להתכתבות** - במידה וברצונך לקבל עדכונים במייל אנו ציין באופן ברור את כתובת המייל על גבי טופס התביעה.
3. **כרטיס טיפולים / תאריכי טיפול** - יש לצרף הבהרה מנותן שירות לגבי תאריך הטיפול/ טיפולים ו/או כרטיס טיפולים.
4. **במקרה של תביעות קטין מתחת לגיל 18** - במקרה תשלום עבור תביעת הקטין, יש לצרף תצלום המחאה משותף של שני ההורים או לחלופין אישור הורה אחד לתשלום להורה השני.
5. **ניתוחים עתידיים** - יש להעביר לדוא"ל mail-briutms@ayalon-ins.co.il לא נוכל לטפל בתביעות ניתוחים עתידיים אם לא יועברו לדוא"ל זה.
6. **יתר התביעות** - יש להעביר לדוא"ל tviot\_briut@ayalon-ins.co.il
7. **בירור סטטוס תביעה** - יש לפנות למוקד השירות בטלפון 1-800-35-2001 או לדוא"ל mailh@ayalon-ins.co.il

## מרכז שירות לקוחות: 1-800-35-2001

בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל סילבר 12, רמת גן 5250606, ת"ד 10957  
פניות בדוא"ל לשירות לקוחות: [mailh@ayalon-ins.co.il](mailto:mailh@ayalon-ins.co.il)

שירותים דיגיטליים לשירותך באתר איילון

[www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il)

לשירותך, סוכנות הביטוח:



טלפון 02-5019901

דוא"ל [office@btiker-ins.co.il](mailto:office@btiker-ins.co.il)

אתר אינטרנט [www.btiker.co.il](http://www.btiker.co.il)

