

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית לחברי עמותת הייטק זון ובני משפחותיהם

מהדורת 2019



תוכן עניינים

שם הפרק	עמוד
פתיח ואופן הגשת תביעה	2
"גילוי נאות" - תמצית פרטי הפוליסה / תמצית תיאור הכיסויים	3
ההסכם ותנאים הפוליסה הכלליים לביטוח בריאות קבוצתי	6
פרק א' - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	29
פרק ב' - תרופות שלא כלולות בסל הבריאות	33
פרק ב'1 -תרופות בהתאמה אישית	37

אופן הגשת תביעה

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.

מה לעשות במקרה של תביעה?

יש לפנות לחברת הביטוח באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון: 1-800-35-2001 או במייל: mokedbriut@ayalon-ins.co.il.

ימים ושעות פעילות: ימים א' עד ה', בין השעות 8:00 עד 17:00.

ניתן להעביר את המסמכים באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון האישי המקוון.

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, תאונות אישיות).**
2. **מייל להתכתבות - במידה וברצונך לקבל עדכונים במייל אנא ציין באופן ברור את כתובת המייל על גבי טופס התביעה.**
3. **קבלות מקור - תשלום תביעה יינתן בכפוף לקבלות מקור (לא רלוונטי לפוליסות חדשות או מתחדשות החל מה-1.9.2017).**
חשוב מאוד לא ישולמו תגמולי ביטוח כנגד חשבונית עסקה.
4. **כרטיס טיפולים / תאריכי טיפול - יש לצרף הבהרה מנותן שירות לגבי תאריך הטיפול/טיפולים ו/או כרטיס טיפולים.**
5. **במקרה של תביעות קטין מתחת לגיל 18 - במקרה תשלום עבור תביעת הקטין, יש לצרף צילום צ'ק משותף של שני ההורים או לחלופין אישור הורה אחד לתשלום להורה השני.**
6. **ניתוחים עתידיים - החל מ-01.09.18 יש להעביר ניתוחים עתידיים למייל הייעודי mail-briutms@ayalon-ins.co.il. לא נוכל לטפל בתביעות ניתוחים עתידיים אם לא יועברו למייל זה.**
7. **יתר התביעות - יש להעביר לכתובת המייל tviot_briut@ayalon-ins.co.il בבירור סטטוס תביעה יש לפנות למוקד השירות בטלפון 1800-35-2001 או לקו הייעודי של הקולקטיב ו/או למייל ייעודי mokedbriut@ayalon-ins.co.il.**

גילוי נאות למבוטח בביטוח בריאות קבוצתי

תמצית פרטי הפוליסה			
פוליסת בריאות קבוצתית hitech zone חברי עמותת הייטק זון בישראל ובני משפחותיהם.			שם הביטוח
השתלות בחו"ל וניתוחים / טיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, תרופות בהתאמה אישית.			סוג הביטוח
• השתלות בחו"ל וניתוחים / טיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א' • תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב' • תרופות בהתאמה אישית - פרק ב'1			תיאור הביטוח
60 חודשים החל מ-01.10.2019 ועד ה-30.09.2024.			תקופת הביטוח
חריגים בתנאים הכלליים - סעיף 29. פרק ב' - סעיף 4; פרק ב'1 - סעיף 5.			הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
90 ימים. בפרקים א', ב', ב'1			אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)*
פרק ב' - תרופות שלא כלולות בסל הבריאות - השתתפות עצמית - 150 ₪ לחודש. בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ₪ לחודש או בגין תרופה למחלת הסרטן, לא תידרש השתתפות עצמית. פרק ב'1 - תרופות בהתאמה אישית - השתתפות עצמית - 150 ₪ למרשם.			השתתפות עצמית
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים.			האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
דמי הביטוח החודשיים בש"ח יהיו כדלקמן:			עלות הביטוח
הפרמיה בהצטרפות אובליגטורית במימון המעסיק	הפרמיה כאשר ההצטרפות וולנטרית (שלא במימון מעסיק)		
25.30	31.30	חבר אצל בעל הפוליסה	
31.30	31.30	בן/בת זוג, ילד בוגר מעל גיל 25	
7.50	7.50	ילד עד גיל 25	
ילד שלישי ואילך - חינם			
מדד שפורסם ביום 15.06.2017 12230 (נקודות).			מדד הפרמיה
פרמיה קבועה למעט שינוי פרמיה של ילד שהפך לבוגר.			מבנה הפרמיה

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

גילוי נאות תמצית הכיסויים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
פרק א - השתלוח בחו"ל וניתוחים / טיפולים מיוחדים בחו"ל		
השתלוח בחו"ל <u>סעיף 2.1.2</u> ניתוח / טיפול מיוחד בחו"ל <u>סעיף 2.1.2</u> הוצאות שכר צוות רפואי, בדיקות, מעבדה, תרופות ואשפוז. <u>סעיפים 2.3.3 עד 2.3.7</u>	<p>תקרה כוללת להשתלוח איברים והוצאות עבור טיפולים רפואיים.</p> <p>השתלוח איבר מלאכותי</p> <p>ניתוח / טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p>שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, תרופות, הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז בטיפול נמרץ / מחלקת שיקום. עד 100 ימים לפני ביצוע ההשתלוח ועד 300 ימים לאחר ביצועם.</p>	<p>עד 5,000,000 ₪.</p> <p>עד 2,500,000 ₪.</p> <p>עד 800,000 ₪</p>
בדיקות הערכה <u>סעיף 2.3.1 עד 2.3.7</u>	<p>בדיקות הערכה רפואית להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלוח או הטיפול המיוחד ובלבד שטיפולים אלה ניתנים במקום ביצוע ההשתלוח בחו"ל.</p>	<p>עד 1,500 ש"ח ליום ועד 250,000 ש"ח למקרה ביטוח.</p>
הוצאות רפואיות נלוות <u>סעיפים 2.4.1 - 2.4.11</u>	<ul style="list-style-type: none"> • הוצאות בדיקות לאיתור האיבר להשתלוח, כולל איתור תורם מח עצם. • תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושלח, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלוח. • כיסוי הוצאות לשימוש או השתלוח לב מלאכותי עד מציאת תורם. • הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלוח או לצורך הערכה רפואית לפני ההשתלוח, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ולשני מלווים, עד 3 נסיעות למקרה ביטוח. • הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה. • הוצאות לשהייה סבירה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלוח או טיפול מיוחד למבוטח ולשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלוח או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 יום לאחר ביצועם. • הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלוח או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל, למקרה ביטוח אחד. • הוצאות לטיפול המשך הנדרשים למבוטח כתוצאה מהשתלוח או טיפול מיוחד המכוסה על פי הסכם זה אשר בוצעה בחו"ל. • תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלוח או הטיפול המיוחד. 	<p>עד 200,000 ₪</p> <p>עד 200,000 ₪</p> <p>עד 1,000,000 ₪</p> <p>עד 25,000 ₪</p> <p>עד 100,000 ₪</p> <p>עד 880 ₪ ליום ועד תקרה של 200,000 ₪.</p> <p>עד 150,000 ₪</p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות רפואיות נלוות - המשך	<ul style="list-style-type: none"> תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. תשלום בגין מעקב בחו"ל לאחר ההשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל כולל הוצאות טיסה, ועד שנה ממועד ההשתלה/טיפול. 	עד 150,000 ₪ עד 30,000 ₪.
פיצוי חד פעמי בגין השתלה <u>סעיף 2.5.</u>	מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה בחו"ל או ביצע את ההשתלה (למעט השתלת מח עצם עצמית) בחו"ל, בעת היותו מבוטח בהסכם זה, ולמבוטח אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר ו/או קביעה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.	350,000 ₪ עבור ביצוע השתלה בחו"ל. 100,000 ₪ עבור ביצוע השתלה בארץ.
גמלת החלמה לאחר השתלה <u>סעיף 2.6</u>	גמלה חודשית לאחר השתלה של: כבד, לב, לב - ריאה, ריאה, מעי, לבלב, כליה, כליה - לבלב, מח עצם.	7,500 ₪ לחודש ועד לתקופה של 24 חודשים.
פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות		
תרופות שאינן בסל הבריאות <u>סעיף 3.1</u>	כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואשרו באחת מהמדינות המוכרות כהגדרתן בפוליסה. כיסוי לתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, להתוויה שונה, בכפוף לאישורה באחת המדינות המוכרות. תרופה המוגדרת כ- off label תרופת יתום	עד 1,500,000 ₪ למשך 36 חודשים.
מתן התרופה <u>סעיף 3.7</u>	טיפול רפואי הכרוך במתן התרופה	עד 200 ₪ לכל טיפול.
ייעוץ עם רופא מומחה בתחום	ייעוץ רופא מומחה בתחום לגבי המלצה על לקיחת תרופה.	1,200 ש"ח בכפוף להשתתפות עצמית 20%
פרק ב1 - תרופות בהתאמה אישית		
תרופות בהתאמה אישית <u>סעיף 4.1.1.</u>	כיסוי לתרופות הניתנות בהתאמה אישית והוצאות נלוות, תרופות מכוח סעיף 29 ג'.	200,000 ₪ בגין כל חודש קלנדר, ולא יותר מסכום של 800,000 ₪ למקרה ביטוח.
מתן התרופה <u>סעיף 4.2.1</u>	טיפול רפואי הכרוך במתן התרופה	עד 350 ₪ לכל טיפול ועד 60 ימים בגין כל מקרה ביטוח.

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים וחריגיה.

ההסכם ותנאי הפוליסה לביטוח בריאות קבוצתית לחברי עמותת הייטק זון בישראל ובני משפחותיהם

1. מבוא

- 1.1 המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הביטוח.
- 1.2 כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד. לצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.
- 1.3 אלא אם כן הם מוגדרים במפורש בהסכם הביטוח, הגדרת המונחים המופיעים בהסכם הביטוח תהיה זהה להגדרתם בנספחים המצורפים אליו.
- 1.4 בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות הסכם הביטוח לבין נספחיו, ו/או בין הוראות נספחי ההסכם (בינם לבין עצמם), אשר מבטח סביר עשוי להבין כי הפרשנות המיטיבה עמו היא הפרשנות החלה על מצב העניינים הרלבנטי, אזי יחולו אותן הוראות, וייחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מירב החביות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות הסכם הביטוח על נספחיו יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים על פי כל דין ולא כבאות לגרוע מהן.

2. הצהרות והתחייבויות המבטח

- 2.1 המבטח מצהיר ומתחייב כי יש בידיו את כל ההיתרים, הרישיונות והאישורים הנדרשים על-ידי כל גוף שלטוני ועל-פי כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח וקיום יתר התחייבויותיו כאמור בהסכם ביטוח זה.
- 2.2 המבטח מאשר ומצהיר כי הינו בעל הידע, הניסיון, המיומנות, היכולת, המשאבים, כוח האדם המיומן, היכולת הפיננסית וכל האמצעים הנדרשים, בפועל ועל-פי כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח על-פי הוראות הסכם הביטוח ועל פי כל דין, ולשם ביצוע כל התחייבויותיו מכוח הסכם הביטוח, במלואן ובמועדן, וכי יגרום לכך שלכל אורך התקופה במהלכה הוא יעניק את שירותי הביטוח, יישארו ברשותו כל האמצעים והמשאבים הנזכרים בסעיף זה.
- 2.3 המבטח מצהיר ומתחייב כי אין כל מגבלה חוקית, עסקית, חוזית או אחרת המגבילה אותו ו/או המונעת ממנו ו/או העלולה להגביל אותו ו/או למנוע ממנו מלהעניק את שירותי הביטוח, ולבצע את התחייבויותיו כאמור בהסכם הביטוח במלואן ובמועדן, וכי יבצע את הוראות הסכם הביטוח בנאמנות, במקצועיות, בתום לב ובמסירות.

3. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה

- 3.1 בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:
 - א. שהוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
 - ב. כי הוא ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, אודות חברותם ו/או עזיבתם את העמותה.

ג. ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

- 3.2 לא יאוחר מ-15 בכל חודש, יעביר בעל הפוליסה למבטח את רשימת העובדים ובני המשפחה המבוטחים בחודש הקודם לדיווח, בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) הכוללת את שמות כל המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, תאריך הצטרפותם, ואת גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, הכל עפ"י פורמט קובץ מבוטחים שיועבר מהמבטח לבעל הפוליסה.
- 3.3 קובץ הדיווח החודשי יכלול את מצבת המבוטחים העדכנית והמלאה עבור אותו החודש למען הסר ספק, קובץ הדיווח יכלול מידע אך ורק לגבי עובדים ובני המשפחה המבוטחים באמצעות תשלומי בעל הפוליסה ולא לגבי מבוטחים בהוראת קבע אישית.

4. המבוטחים

- 4.1 מבוטחים קיימים בביטוח הקודם כהגדרתם בפוליסה זו.
- 4.2 חבר/ה הרשומים אצל בעל הפוליסה בני בנות זוגם כולל ידועה/ה בציבור וילדיהם כמפורט בסעיף "דמי הביטוח (פרמיות)", מסמכים והודעות למבטח" ושגילם אינו עולה על גיל 70 במועד ההצטרפות.
- 4.3 מעסיק; ארגון או חברה או עמותה שהמבוטח מועסק בה, ושמשלמת את הפרמיה עבור המבוטח בגין הביטוח.
- 4.4 גיל המבוטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (שנים גרגוריאניות). למען הסר ספק לצורך חישוב דמי הביטוח חישוב הגיל יבוצע בשנים שלמות. לדוגמה: גיל 30 ו-10 חודשים יחשב כגיל 30.

5. מהות הביטוח

- 5.1 פירוט הכיסויים בביטוח כמפורט בפוליסה.
- 5.2 במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה המיטיבה את תנאי הביטוח, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח. בנוסף, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהא רשאי בעל הפוליסה לערוך בחינה מחודשת של היקף ההגדרות והכיסויים הכלולים בהסכם זה ולדרוש לעדכןם ולהרחיבם. אם לשינויים הנדרשים כאמור ישנה השלכה כספית, יותנו השינויים בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.
- 5.3 במקרה זה, דרישת המבטח לשינוי הפרמיה תועבר לבעל הפוליסה וזה האחרון יהא רשאי להעביר את ההצעה לבדיקתו של אקטואר מטעמו, החבר באגודת האקטוארים. בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בהודעה בכתב של 90 יום מראש למבטח, אשר תימסר למבטח בתוך 60 יום ממועד מסירת דרישת המבטח להעלאת הפרמיה בשל יישום הנחיות המפקח כאמור בסעיף זה. הצדדים ינהלו מו"מ בתום לב בניסיון להגיע להסכמות לגבי תוספת הפרמיה בתוך פרק הזמן של 60 יום כאמור לעיל.

5.5 במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה הגורעת בתנאי הביטוח, ומחייבת את יישומו תוך כדי ההסכם, יותנו השינויים בהפחתת דמי הביטוח בהתאם.

6. תקופת הסכם הביטוח

- 6.1 תקופת הסכם הביטוח (להלן: "**ההסכם**" או "**הביטוח**") שתחילתה ביום 1.10.2019 (להלן: "**המועד הקובע**") וסיומה ביום 30.09.2024 (להלן: "**תקופת ההסכם**").
- 6.2 לאחר 18 חודשים ממועד תחילת הביטוח ייבדק ניסיון התביעות בפוליסה. במידה והפוליסה תישא הפסדים, תותאם הפרמיה לתקופת ההסכם המוארכת כהגדרתה להלן.
- 6.3 בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת של 90 יום למבטח.
- 6.4 על אף האמור לעיל, פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 6.5 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50 לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

7. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח

7.1 הפרמיה החודשית בש"ח בגין הביטוח הינה, כמפורט בטבלה להלן:

גובה הפרמיה בהצטרפות אובליגטורית במימון המעסיק	גובה הפרמיה כאשר ההצטרפות וולנטרית (שלא במימון מעסיק)	
25.30	31.30	חבר אצל בעל הפוליסה
31.30	31.30	בן/ת זוג, ילד בוגר מעל גיל 25
7.50	7.50	ילד עד גיל 25

- 7.2 תשלום דמי הביטוח יבוצעו באמצעי גביה אישיים מכל מבוטח. למעט מבוטחים החברים אצל בעל הפוליסה אשר המעסיק מממן עבורם את הביטוח בגבייה מרוכזת.
- 7.3 דמי הביטוח יהיו על בסיס חודשי, וישולמו על ידי המבוטח על פי המועד שנקבע ע"י המבטח.
- 7.4 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח להלן מדד הבסיס.

8. התאמת דמי הביטוח

- 8.1 התאמת דמי הביטוח החודשיים תבוצע בתום 18 חודשי ביטוח בנוסף להצמדה למדד שתבוצע מידי חודש בחודשו על פי הנוסחה שלהלן:

- 8.2 **פרמיה ברוטו:** הפרמיה המשולמת על ידי המבוטחים. **פרמיה לחישוב:** פרמיה ביטוחי הוצאות. (הוצאות: 25% מהפרמיה ברוטו. הוצאות יכלולו גם עמלות סוכן כולל מע"מ.) **תביעות משולמות:** תביעות ששולמו בפועל במהלך תקופת הביטוח. **תביעות תלויות:** תביעות שאושרו וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקם. **IBNR:** 10% מהפרמיה ברוטו. **רווח/הפסד:** הפער בין פרמיה לחישוב פחות תביעות משולמות, תביעות תלויות ו-IBNR.
- 8.3 בתום 18 חודשים מיום תחילת ההסכם, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לצורך חישוב התאמת הפרמיה. הבדיקה תתבצע בגין 18 חודשי ההסכם (כלומר לא יובאו בחשבון האירועים בגין תביעות שאירעו בתקופה שלאחר 18 חודשי ההסכם וכן לא תובא בחשבון פרמיית החיוב בגין אותה תקופה). במידה ותידרש העלאת/הפחתת פרמיה היא תחול עבור החודש ה-22 ואילך.
- 8.4 במידה וימצא הפסד תועלה הפרמיה על פי גובה ההפסד ולא יותר מ-40% לפי ההסכם.

9. גביית דמי הביטוח

- 9.1 מוטלת על מבטוח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- 9.1.1 לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין כיסוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1 ד(ג) לחוק עובדים זרים;
- 9.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;
- לא תצרפו המבטחת, לביטוח זה, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבטוח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (להלן: פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבטוח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטוח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד ואם המבטוח הוא ילדו או בן-זוגו של עובד בעל הפוליסה, המבטחת רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד לצירוף ילדו או בן/בת-זוגו.
- 9.2 האמור לעיל, לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או אצל מבטח/ת אחר/ת אם התקיימו תנאים אלה:
- 9.2.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
- 9.2.2 חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד: לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 9.2.3 לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: ניתוחים; תרופות; השתלות; מחלות קשות; שיניים; תאונות אישיות.

9.3 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50 לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

10. ביטול הביטוח בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח

10.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 10.2 והודיע המבוטח למבטחת או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

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

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

פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטחת תהיה רשאית שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

11. הצטרפות לביטוח, התחלתו והפסקתו

11.1 מועד הצירוף לביטוח לפי הסכם ביטוח זה על כל נספחיו לגבי כל אחד מהמבוטחים, יהיה: הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לקבלת המבוטח לביטוח, במקרה שבו נדרש מילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה.

11.2 תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

11.2.1 בתום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף "תקופת הסכם הביטוח" לעיל.

11.2.2 סיום חברות המבוטח אצל בעל הפוליסה.

11.2.3 היום האחרון בחודש במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, מסיבה כלשהיא. ביטול הביטוח ע"י חבר/ה אצל בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי בני משפחה מבוטחים.

11.2.4 לגבי מבוטח שהוא ילדו של מבוטח/ת וכל עוד הוא מבוטח בהסכם - 90 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל הקובע, ישלח המבטח הודעה למבוטח/ת ולבעל הפוליסה לגביי הגעת הילד/ה לגיל הקובע ועליית התעריף לפרמיה הדומה לזו של בן/בת זוג. במידה ובחר המבוטח/ת שלא להמשיך את הביטוח לילד שהגיע לגיל הקובע - יוכל להמשיך לביטוח פרט בהתאם לסעיף 11.5.

11.3 תקופת הביטוח תסתיים בתאריך ידוע מראש ולא תעלה על 5 שנים.

המבטחת לא תבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטחת רשאית להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, העלאה של דמי ביטוח -לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח; לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה ולמעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה; במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח; במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

11.5 אופן ההצטרפות לביטוח:

11.5.1 מבוטחים קיימים שהמעסיק אינו נושא במימון מלא של הפרמיה, יצורפו לביטוח לאחר קבלת הסכמה מפורשת כאמור בתקנה 7 א לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי וללא הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה.

11.5.2 חברים חדשים של בעל הפוליסה לרבות בני/ות זוג וילדיהם וידועים בציבור יצורפו לביטוח וזאת בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות.

11.5.3 חברים אצל בעל הפוליסה שהמעסיק נושא במימון מלא של הפרמיה עבורם יצורפו לביטוח באופן אובליגטורי ללא טפסי הצטרפות וללא הצהרת בריאות בכפוף לתשלום הפרמיה כמפורט סעיף "דמי ביטוח (פרמיות)".

11.5.4 הצטרפות בני משפחה מותנית בביטוח החברה.

11.5.5 תינוק שנולד למבוטח/ת יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו ובתנאי ששני בני הזוג מבוטחים.

11.5.6 מוסכם בין הצדדים כי בגין מבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 15 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.

11.6 המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם:

11.6.1 במקרה בו הופסקה הפוליסה ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבוטח מסיבה כלשהיא או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה מסיבה כלשהי לרבות: עזיבת חברות במועדון, גירושין או ילד/ה של מבוטח שהגיע לגיל הקובע יוכל כל

מבוטח להצטרף לתוכניות ביטוח בריאות פרטית בעלת כיסויים דומים לכיסויים בפוליסה הקבוצתית הקיימת אצל המבוטח באותה העת, בתנאים (בהתאם לגיל המבוטח בעת היציאה מהפוליסה הקולקטיבית וההצטרפות לפוליסה הפרטית) ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבוטח ובהנחה של 15% ל-4 שנים מתעריפי הפוליסה אשר יהיו קיימים באותה עת אצל המבוטח.

11.6.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אפשרה ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.

11.6.3 על המבוטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, בתוך 60 יום ממועד הפסקת הפוליסה, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבוטח.

11.6.4 המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט בסעיף 11.6.1, בתנאי כי יודיע למבוטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 60 יום מיום קבלת הודעת המבוטח על זכותו להמשיכות.

11.6.5 במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

11.6.6 היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו לפוליסה הקבוצתית והוטלו עליו החרגות, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.

11.6.7 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

11.7 מצב רפואי קודם - הגדרות:

11.7.1 "מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

"סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבוטח מחבותו, או מפחית את חבות המבוטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

11.7.2 תחולת חריג מצב רפואי קודם

סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו ב"מועד הקובע" כהגדרתו להלן: פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע. למען הסר ספק - חריג מצב רפואי קודם יחול על מבוטחים חדשים אשר צורפו להסכם זה. "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יוגדר כדלהלן: למבוטחים חדשים יחשב ה"מועד הקובע" כמועד הצטרפותם להסכם זה. למבוטחים

- קיימים יחשב "המועד הקובע" כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.
- 11.7.3 נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצבו יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 11.7.4 הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהא המבטח רשאי לסייג חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתקבע ע"י המבטח לצד אותו מצב רפואי מסוים, לרבות בתקופות מחודשות. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 11.7.5 הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 11.7.6 על אף האמור לעיל, קבוצת מבוטחים במסגרת ארגון המממן את הפרמיה במלואה לאותה קבוצה ואשר ערב הצטרפותה לביטוח שעל פי הסכם זה היה ברשותה ביטוח קבוצתי אובליגטורי אצל מבטחת אחרת, ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטחים לביטוח הקבוצתי, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים חופפים. תנאי חיתום רפואי מהביטוח הקודם, קבוצתי של קבוצת המבוטחים, יהיו בתוקף למשך 12 חודשים בלבד ממועד ההצטרפות להסכם.

12. תשלום בעת תביעה

- 12.1 בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לשפות ו/או לפצות את המבוטח או לשלם למבוטח סכומים כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות כמפורט להלן בגין הוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל ובלבד שהסכום המרבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות שבהסכם ובהתאם לנספחים המצורפים להסכם זה כחלק בלתי נפרד ממנו, ובתנאי שהסכם זה היה בתוקף לגבי אותו מבוטח עפ"י הוראות הסכם זה ושמו מופיע ברשימת המבוטחים שנמסרה למבטח.
- 12.2 העתק קבלות - במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציג, גיש המבוטח למבטח העתק קבלה ו/או חשבונית ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שבתע ושווה לו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.
- 12.3 אישור התביעה יעשה תוך 10 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה. מובהר ומוסכם כי במידה והחברה לא תמסור את החלטתה לגבי אישור תביעה או דחייתה תוך 14 ימי עבודה כאמור לעיל, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבון. החברה תשפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 יום.
- מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום יבוצע בתוך 15 ימים מיום קבלת כל המסמכים

13. מתן מסמכים למבטח

- 13.1 המבטחת תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבטוחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח על הביטוח דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- 13.2 על אף האמור בסעיף 10 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או הוואך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלוש החודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטחת על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, תמסור המבטחת לכל יחיד מקבוצת המבטוחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין: כי הוואכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי; את האפשרות של המבטוח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה ואת האפשרות של המבטוח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן".
- 13.3 חלה על מבטוח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח המבטחת למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחובה שבין המבטחת ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח.
- 13.4 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, תשלח המבטחת למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החובה שבין המבטחת ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח, ואולם המבטחת רשאית שלא לשלוח למבטוח הוראות בחובה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

14. מתן הודעות למבטוח

- 14.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זז - מועד תחילת השינוי), תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהיה מבטוח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטוח, תכלול בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטוח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי .
- 14.2 לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטוח כאמור עד למועד תחילת השינוי, תמסור המבטחת למבטוח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטוח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון. חודשה פוליסה לקבוצת מבטוחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - תמסור המבטחת האחרת לכל יחיד בקבוצת המבטוחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 14.3 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותה מבטחת ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטוחים, תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות

של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

14.4 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

לעניין סעיף זה, "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

15. פיגורים בתשלומים

15.1 לדמי הביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקובע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל המבטח.

15.2 לא שולמו דמי הביטוח למבטח, יבוטל הביטוח למבוטח לפי הסכם ביטוח זה, בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח.

16. תנאי הצמדה למדד

16.1 כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:

16.1.1 "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.

16.1.2 "המדד היסודי" - משמעו המדד שמפורסם ב-15.06.2017.

16.1.3 "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

16.2 כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

16.3 כל תשלומי דמי הביטוח שעל המבוטח לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

17. תגמולי ביטוח

- 17.1 המבטח יהא רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבטח כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות המבטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 17.2 תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 17.3 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.
- 17.4 נפטר המבטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, אזי ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם המבטח יתרה זו לעיזבונו של המבטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה.

18. תחלוף (סברוגציה)

- 18.1 מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.
- 18.2 במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 18.3 בעל הפוליסה או המבטח, לפי העניין, חייבים למסור למבטח תוך זמן סביר לאחר שנדרשו לעשות כן, את המידע והמסמכים הנוספים הדרושים למבטח לשם בירור חבותה, ואם אינם ברשותם עליהם לעזור למבטח, ככל שיוכלו, להשיגם בהתאם לסעיף 3.
- להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

19. ביטוח כפל

- 19.1 המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח, ובין אצל מבטח אחר.
- 19.2 בפוליסות שתגמולי הביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח

20. נוהל תביעה

- 20.1 בקרות מקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח בחו"ל, בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל, יודיע על כך למבטח ויקבל את אישורו בכתב תוך זמן סביר ובהתחשב במצבו הרפואי של המבוטח ובדחיפות הבעיה הרפואית. למען הסדר הטוב, מובהר כי למבוטח הזכות להחליט אם ברצונו לקבל את הטיפול הרפואי בישראל או בחו"ל, במידה והכיסוי קיים בחו"ל, ובכפוף להוראות הסכם זה.
- 20.2 המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- 20.3 המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר.
- 20.4 במסגרת בירור החבות, לרבות זכאות המבוטח להמשך תשלום תגמולי ביטוח, תהיה למבטח הזכות להעמיד את המבוטח, על חשבונה, לבדיקת רופא או רופאים שיתמנו על ידה, בכל עת וכל אימת שתראה בכך צורך סביר המתקבל על הדעת.
- 20.5 בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:
- 20.6 ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 20.7 יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
- 20.8 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל לספק שאינו בהסכם כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד אסמכתא המראה על הוצאות / קבלות מקוריות או העתק קבלות.
- 20.9 תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.
- 20.10 במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עפ"י דרישת בעל הפוליסה ו/או היועץ, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין.

21. יועץ רפואי

- 21.1 להבטחת ביצוע התחייבויות המבטח על פי תנאי הפוליסה, מינה בעל הפוליסה את היועץ הרפואי לגורם בקרה חיצוני בלתי תלוי.
- 21.2 היועץ הרפואי יופקד, בין היתר, על בדיקת התחייבויותיו של המבטח כלפי בעל הפוליסה וכלפי המבוטחים. היועץ יהיה רשאי לעיין בכל מסמך הקשור לביצוע התחייבויות המבטח, לרבות, מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, דוחות כספיים, סיכומי מחלה, דוחות רפואיים וכיוצא באלה מסמכים שעניינם אישור או דחיית

תביעות. העתקי דוחות של היועץ הרפואי, בין בדרך כלל ובין במקרה של בירור תביעות, יועברו, בכפוף להוראות כל דין, גם לבעל הפוליסה.

21.3 חברת הביטוח תעמיד לרשות בעל הפוליסה והיועץ כל מידע רפואי, כספי אקטוארי או אחר לרבות ולא רק: נתוני תביעות, מספר התביעות ונושאי התביעות, סך התביעות ששולמו וסך התביעות התלויות ועומדות לפי פרקי הפוליסה השונים, מספר התביעות שנדחו, פירוט תביעות שנדחו והסיבות לדחייתן, נתונים אקטואריים וכל מידע אחר שיתבקש על ידי בעל הפוליסה או היועץ בהקשר לתוכנית הביטוח ו/או למבטחים.

21.4 המידע כאמור לעיל יוגש לבעל הפוליסה תוך 30 יום ממועד הבקשה. מידע בענייני תביעות רפואיות יוגש ליועץ הרפואי תוך 48 שעות ממועד הבקשה, בכפוף להסכמתם בכתב של המבטחים על ויתור סודיות רפואית.

22. אמנת שירות

22.1 המבטח יעמיד לרשות המבטחים מוקד שירות הפועל 24 שעות ביממה, 365 יום בשנה (למעט יום כיפור), ללא הפסקה.

22.2 מוקד השירות יופעל בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00 ע"י המבטח ביתר שעות היממה והשבוע תועברנה השיחות למוקד החרום.

22.3 אנשי המוקד יהיו בעלי הכשרה, מיומנות, ניסיון וידע מקצועי כדי לתת מענה מיטבי לנושאים הקשורים בפוליסה.

22.4 אנשי מוקד השירות יענו על כל שאלה או הבהרה בקשר לתנאי הפוליסה, לאופן הגשת תביעה, מעקב אחר תביעות מטופלות וכל נושא אחר הקשור לפוליסה. הטיפול יתבצע באופן מקצועי, בהיר וברור.

22.5 אנשי המוקד יכירו את תנאי הפוליסה וההסכם, על מנת לקיים רמת שירות גבוהה.

22.6 אנשי המוקד יתעדכנו באופן שוטף לגבי שינויים החלים בסל הבריאות, הנחיות משרד הבריאות, ביטוחים משלימים של קופות החולים ולפי השינויים יעדכנו את נוהלי העבודה ואת הצוותים.

22.7 פנייה של המבוטח תיעשה באמצעות טלפון, פקס או דואר אלקטרוני. נושאים דחופים יענו במהירות המרבית.

22.8 פנייה של מבוטח תיענה בזמן סביר, 80% מהשיחות ייענו בתוך 60 שניות. במקרה של עמוס חריג במוקד, ייקח נציג השירות את פרטי המבוטח המתקשר ויחזור אליו על מנת לטפל בבעיה בגינה פנה, וזאת תוך 3 שעות ממועד הפניה הראשונה.

22.9 לבקשת המבוטח יספק מוקד השירות תשובה בכתב. המבטח יתעד ויגבה כל שיחת טלפון, פקס ותכתובת דואר אלקטרוני עם מבוטח ומי מטעמו, כדי שיהיו זמינים לבירור מחלוקת ולכל צורך אחר.

22.10 המבטח יעמיד לרשות בעל הפוליסה איש קשר בכיר, שיהיה בעל ידע מקצועי וניסיון נרחב בתחום ביטוחי הבריאות ונוהלי החברה. ויהיה בקיא היטב בפרטי חוזה זה. במקרים דחופים יהיה איש הקשר הבכיר זמין בכל שעות היממה, באמצעות מוקד השירות.

22.11 אישור התביעה יעשה תוך 7 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים

הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה. התחייבות המבטח לתשלום תביעה תהיה עד 10 ימי עבודה מרגע שאושרה התביעה ע"י המבטח.

22.12 מובהר ומוסכם כי במידה והחברה לא תמסור את החלטתה לגבי אישור תביעה או דחייתה תוך 14 ימי עבודה כאמור לעיל, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבונו. החברה תשפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות או העתק קבלות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 יום.

23. וועדת ערר

- 23.1 מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י המבטח לדיון מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ 20 יום מהגשת התביעה לדיון.
- 23.2 המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה יתייחס לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה
- 23.3 החלטת הוועדה תחייב את המבטח.
- 23.4 הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח ויועץ הביטוח. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת -עדת הערר.
- 23.5 למען הסר ספק, אין בהחלטת וועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצי תביעתו, על פי כל דין.

24. ברות ביטוח

- 24.1 מבוטחים שיצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, יהיו זכאים לבחור באחת משתי החלופות שלהלן:

חלופה א': לשמור על ברות ביטוח אשר משמעותה הינה כדלקמן: במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה. במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ישלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל-50% מדמי הביטוח החודשיים כאמור בסעיף 7 להסכם אשר היו משולמים על ידו אם היה מבוטח השווה בארץ. עם שובו של המבוטח ארצה יוכל המבוטח לשוב לביטוח למעמד של מבוטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או בתקופת אנשורה, וזאת בתנאי שיודיע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא תוך 90 יום ממועד חזרתו ארצה, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים כאמור בסעיף 7 להסכם החל ממועד חזרתו ארצה.

חלופה ב': להמשיך ולהיות מבוטח בביטוח כאמור בהסכם זה ובכפוף לתשלום דמי הביטוח במלואם כאמור בסעיף 7 להסכם וכל עוד השירותים הרפואיים המפורטים בהסכם יינתנו רק עם חזרתו ארצה או בעת שהותו בישראל.

25. התיישנות התביעות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

26. אחריות המבטח

חבות המבטח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בהסכם זה המבוצעים במדינת ישראל או בחו"ל, בכפוף להוראות ההסכם ובלבד שהוכחה זכאותו של המבטוח. המבטח ישפה את בעל הפוליסה ו/או היועץ בגין כל תשלום ו/או הוצאה בקשר עם כל תביעה או דרישה שתופנה, אם תופנה, על ידי צד ג' כל שהוא, הנובעת מהשירותים ו/או הכיסויים המפורטים בפוליסה.

27. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבטוח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבטוח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבטוח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

28. כללי

- 28.1 כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי אשר ייעשה בהסכם ביטוח זה, אלא לאחר שהצד השני אישר אותו בכתב.
- 28.2 המבטח מתחייב לשמור על סודיות של מידע סודי של בעל הפוליסה כגון אך לא רק: רשימות מבטחים, פרטי ההסכם וכל מידע סודי אחר ולא לעשות בהן כל שימוש למעט מידע שהוא נחלת הכלל, או מידע המחויב בגילוי על פי חוק או לעניין יישומו של הסכם זה.
- 28.3 מבלי לגרוע מן האמור לעיל, מתחייבת המבטחת שלא לעשות שימוש בכל מידע שניתן לה על ידי המבטוח ו/או נאגר על המבטוח, אלא בהתאם להוראות כל דין, לרבות בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 (להלן: "החוק") ובכלל זה מתחייבת שלא להעבירו לצד שלישי כלשהו. כמו כן, מתחייבת המבטחת לפעול בהתאם להוראות החלות על מחזיק ומנהל מאגר מידע, בהתאם לחוק ולתקנות שהותקנו מכוחו, ככל שהדבר מתחייב על פי הדין.
- 28.4 מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.
- 28.5 כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן כפי שפורטו לעיל.
- 28.6 כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.
- 28.7 על הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981. וכן תקנות וחוזרי ביטוח שפורסמו ע"י משרד האוצר.

29. חריגים כלליים

המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

- 29.1 מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבטוח לביטוח או לאחר תום תקופת

- הביטוח או במידה ומוגדרת תקופת האכשרה בכל אחד מפרקי הפוליסה.
- 29.2 פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבוטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.
- 29.3 אלוהולזים למעט שימוש באלכוהול על-פי מקובלות חברתית.
- 29.4 שימוש בסמים, (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).
- 29.5 חשיפה כלשהי לקרינה גרעינית הנגרמת כתוצאה ממיזוג או היתוך גרעיניים.
- 29.6 מחלות נפש מטופלות במסגרת אשפוזית ו/או ניסיון התאבדות ו/או חבלה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 29.7 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורתופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח כתוצאה מבעייה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות, תאונות ניתוחים או שברים שנגרמו או בוצעו במהלך תקופת הביטוח כמו גם ניתוח לתיקון חיר שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.
- 29.8 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות הקשורים בשיניים או בחניכיים ו/או טיפול שיניים למעט באם הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאוו הוכרה.
- 29.9 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הלסינקי.
- 29.10 המבוטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת כיסוי ביטוחי זה. המבוטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על-ידי המבוטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או על-ידי מעשה או מחלל של הנ"ל.
- 29.11 סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יאוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:
- א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.

ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.

הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל-פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הפרטי או הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים חופפים.

30. הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדד:

- | | | |
|------|------------------|---|
| 30.1 | החברה או המבטח - | איילון חברה לביטוח בע"מ |
| 30.2 | הפוליסה - | חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל הנספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח. |
| 30.3 | ביטוח קודם - | ביטוח אצל המבטחת מיום 1.11.2014 ועד ליום 30.09.2019 |
| 30.4 | תאריך הצטרפות - | התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה. |
| 30.5 | הסכם הביטוח - | חוזה הביטוח מיום 01.10.2019 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו. |
| 30.6 | הסכם - | הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין המבטח לבין נותן שרות כלשהו בקשר לביטוח זה. |
| 30.7 | שנת ביטוח - | תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים. |
| 30.8 | המבוטח - | עובד/ת אצל בעל הפוליסה ו/או בן או בת זוגו (כולל בני אותו מין), לרבות ידועה/ה בציבור וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים ולרבות ילדים של בני/בנות זוג מנישואין קודמים, ובני/בנות זוג של ילדי העובד/חבר וילדיהם (הנכדים) ובני/בנות זוגם, ובתנאי שהינם תושבי מדינת ישראל. |
| 30.9 | המוטב - | הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח. |

- 30.10 בעל הפוליסה - מי שהמתקשר עם המבטח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או חברות בנות (בבעלות חלקית או מלאה) אשר רשומות בישראל ו/או המעסיקות עובדים בישראל. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת ובלתי ניתנת לסתירה.
- 30.11 דמי הביטוח או הפרמיה - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.
- 30.12 מקרה הביטוח - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
- 30.13 תקופת אכשרה - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבטח מתאריך הצטרפות המבטח לביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. **יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה.**
- 30.14 יועץ מלווה - היועץ הרפואי המלווה אשר ילווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה ד"ר אודי פרישמן ו/או מי מטעמו.
- 30.15 מדד - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שייחוד לשירותי בריאות.
- 30.16 דף פרטי הביטוח - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 30.17 תקנות ביטוח בריאות קבוצתי - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 30.18 סכום ביטוח - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- 30.19 חוק הביטוח - חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
- 30.20 חוק הבריאות - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994.
- 30.21 קופת חולים - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.
- 30.22 שירותי בריאות נוספים (שב"ן) - תוכנית למתן שירותי 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.
- 30.23 ישראל - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.

- 30.24 חו"ל -** כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 30.25 בית חולים -** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
- 30.26 בית חולים ציבורי -** בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 30.27 בית חולים פרטי -** בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם כבית חולים ציבורי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ / שב"ן / או קרנות מחקר.
- 30.28 בית חולים שבהסכם -** בית חולים כמוגדר בסעיפים 2.24 ו-2.25 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
- בית חולים שאינו בהסכם -** בית חולים כמוגדר בסעיפים 2.24 ו-2.25 לעיל שאינו נמצא בהסכם עם המבטח.
- 30.29 מנתח שבהסכם -** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה מנתח אשר שמו מופיע ברשימת המנתחים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 30.30 מנתח אחר -** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 30.31 אח/אחות -** אח/ות בעלי תעודות הסמכה של רשות מוסמכת בישראל או בחו"ל.
- 30.32 רופא מומחה -** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום.
- 30.33 רופא -** רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 30.34 נותן שירות שבהסכם -** מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 30.35 העתק קבלות -** במקרה שהמבטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציג, יגיש המבטח למבטח העתק קבלה ו/או חשבונית ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שתבע ושולם לו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

30.36 שתל -

כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי (כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית המושתלת לצורך רפואי, פרק ירך וכו'), אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, לרבות חומרי סיכון המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 1 להלן. ההגדרה של שתל (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

30.37 השתלה -

השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מע"ח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש.

ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

- א. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.
 - ב. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.
- ההגדרה של השתלה (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

30.38 ניתוח -

פעולה פולשנית - חדירנית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמין הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע

פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמין כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח) או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח, למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח, ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים עי גלי קול יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח או ניתוח אחר על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. **ההגדרה של ניתוח (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

30.39 ניתוח חירום -

ניתוח בלתי צפוי שבוצע במבטח בדחיפות לאחר ביקור בחדר מיון של בית חולים.

30.40 תחליף ניתוח -

טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק מבטח, לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: ביצוע הטיפול החלופי יביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהמבטח נדרש לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, הרופא אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות ספציפית בתחום בו נדרש הטיפול, הרופא המבצע את הטיפול בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) ואשר רשומה כדין בפנקס המרפאות בישראל או בבית חולים או מרפאה בחו"ל. או לחילופין מצב בו נדרש הטיפול הרפואי ורופא מומחה ממליץ למבטח שלא לבצע ניתוח מסיבות רפואיות או כאשר לא קיים ניתוח המאפשר טיפול במצבו הרפואי של המבטח והטיפול היחיד האפשרי הוא טיפול בתחליף ניתוח.

30.41 טיפול מיוחד מחו"ל -

ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן וזאת על פי אישורו של רופא מומחה בעל שם ומוניטין בתחום הספציפי בו נדרש המבוטח לבצע את הטיפול המיוחד בחו"ל, מטעם המבוטח.

1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.
2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים משמעותית מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.
3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל.

4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
5. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
6. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.

הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע.
לא יכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר או חקירה או טיפול לא קונבנציונאלי.

30.42 טיפול חלופי -

טיפול חלופי הוא טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל ואשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג לפחות אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למבוטח. מובהר כי טיפול רפואי אשר ניתן למבוטח ולא השיג את התוצאות הרפואיות המקובלות והמצופות או טיפול רפואי אשר על פי המלצת רופא מומחה אין טעם לתת למבוטח כי לא ישיג את התוצאות הרפואיות הנדרשות, לא ייחשב כטיפול חלופי לטיפול מיוחד בחו"ל.

30.43 פיזיותרפיה -

טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

30.44 בדיקות -

בדיקות חודרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו-אקטיבי ו/או קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה ו/או בדיקות הדמיה, ובתנאי שהן בדיקות עזר לקביעת האבחנה וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוען. או בדיקות המבוצעות לאחר ניתוח במהלך האשפוז.

30.45 בדיקה פתולוגית -

בדיקה מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים או את דרך הטיפול המיטבית בחולה או לבחון את מידת יעילות הטיפול שניתן לחולה.

- 30.46 יום אשפוז -**
שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ-24 שעות.
- 30.47 אשפוז -**
שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 30.48 מוטב -**
הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח על פי הוראה שניתנה על ידי המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 30.48 רופא מרדים -**
רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 30.49 רופא מרדים שבהסכם -**
רופא מרדים כמוגדר בפרק זה, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם עם המבוטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 30.50 רופא מרדים אחר -**
רופא מרדים אחר כמוגדר בפרק זה, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבוטח.
- 30.51 ייעוץ לפני ניתוח -**
ייעוץ עם רופאים מומחים, כאמור בסעיף זה לעיל בעלי תעודת מומחה, הניתן למבוטח בגין צורך בביצוע ניתוח.
- 30.52 חדר ניתוח -**
חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 30.53 מעבדה -**
מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
- 30.54 הוצאות מוכרות -**
הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בפרק ראשון בנספח זה.
- 30.55 המרכז הלאומי להשתלות -**
יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
- 30.56 ועדת הלסינקי -**
ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999), מסומכת לאשר בין השאר, טיפולים ניסיוניים בבני אדם.
- 30.57 טיפול ניסיוני -**
טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של ועדת הלסינקי.

פרק א' - השתלות בארץ ובחו"ל וניתוחים / טיפולים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה ביטוח

- 1.1 צורך מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו בארץ או בחו"ל.
- 1.2 צורך מתועד במסמכים רפואיים בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

2. התחייבות המבטח

בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל ע"י ההסכם, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל), כמפורט להלן:

- 2.1 **לעניין להשתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם** - שיפוי מלא. במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית של 5,000,000 ש"ח. **לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח - 2008.**

במקרה של השתלת איבר מלאכותי ע"י נותן שירות שבהסכם וע"י נותן שירות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית של 2,500,000 ש"ח.

- 2.2 **לטיפול מיוחד בחו"ל** - הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים, המבוצעים בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא, ואלה המבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, עד 800,000 ש"ח.

- 2.3 השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 2.1 ו-2.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:

- 2.3.1 **תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה**, הערכה רפואית להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, ולרבות כיסוי עלות הטיסות הלך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה. בגין טיפולים רפואיים לרבות תשלום עבור דיאליזה שנזקק לה המבוטח אשר קשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה עד 1,500 ש"ח ליום ועד 250,000 ש"ח למקרה ביטוח, ובלבד שטיפולים אלו ניתנים למבוטח במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל.

- 2.3.2 **הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי** שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושגלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד סכום של 200,000 ש"ח.

- 2.3.3 **שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי** שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;

- 2.3.4 בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;
- 2.3.5 שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;
- 2.3.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי;
- 2.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 100 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.
- 2.4 **הוצאות נלוות כדלקמן:** סכומי השיפוי להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 2.3:
- 2.4.1 **הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל** בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם תבורי או מדם הקפי עד סכום 200,000 ש"ח.
- 2.4.2 **תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל**, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד סכום 200,000 ש"ח.
- 2.4.3 **כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי** עד למציאת תורם - עד סך 1,000,000 ש"ח.
- 2.4.4 **הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה**, כולל לצורך ביצוע בדיקות הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד סכום של 25,000 ש"ח; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום, ועד 3 נסיעות למקרה ביטוח.
- 2.4.5 **הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי** נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד סכום של 100,000 ש"ח.
- 2.4.6 **הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד** למבוטח ולשני מלווים. עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד סך 880 ש"ח ליום ועד תקרה של 200,000 ש"ח.
- 2.4.7 **הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל** לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.4.8 **הוצאות לטיפול המשך הנדרשים למבוטח שנעשים בארץ או בחו"ל** מהשתלה או טיפול מיוחד המכוסה על פי הסכם זה אשר בוצעה בחו"ל, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי, עד סכום של 150,000 ש"ח.
- 2.4.9 **תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל**, אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 2.4.10 **תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית** לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד סכום של 150,000 ש"ח.
- 2.4.11 **תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל**, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול. עד סך 30,000 ש"ח.

2.4.12 כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 2.4.11-2.4.12 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 2.4.4, 2.4.5, 2.4.7 - הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה. יובהר כי במידה ויצא המבוטח לחו"ל להשתלה או לטיפול מיוחד ומסיבה רפואית לא בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בעת שהותו בחו"ל, המבטחת תישא בהוצאות כמפורט בסעיפים 2.3-2.4 לעיל.

2.5 **מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה**, בעת היותו מבוטח בהסכם זה, ולא דרש ולא קיבל השתתפות מהמבוטח בגין ההשתלה על פי הוראות פרק זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 350,000 ש"ח עבור השתלה בחו"ל ו-100,000 ש"ח עבור ביצוע השתלה בארץ, למעט במקרה של **השתלת מח עצם עצמית**. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 6 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה ובלבד שהמבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכויותו למימון ההשתלה על פי פרק זה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה יציג אישור רפואי משני רופאים מומחים בתחום המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי.

עבר המבוטח את ההשתלה בחו"ל, יקבל את הפיצוי המגיע לו על פי הוראות סעיף זה ובלבד שהוא חתם על תצהיר כי עבר את השתלה בכפוף לאמור חוזר ביטוח 09-1-1 וכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח 2008.

למען הסר ספק, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 2.1, 2.3 ו-2.4 לעיל ו-2.6 להלן.

2.6 **גמלת החלמה לאחר השתלה:**

עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי בגין שירותי סיוע סיעודי הנדרשים לאחר השתלה בסך 7,500 ש"ח החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים.

נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטח במימון ההשתלה.

2.7 **טיפול ניסיוני בחו"ל:**

נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני קונבנציונלי בחו"ל על רקע מחלת סרטן רבנות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם בלשי - (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים שמדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הניסוי והשהיה של המבוטח בחו"ל כדלקמן:

2.7.1 **הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול**, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד סך 10,000 ש"ח;

2.7.2 **נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים** ישופה בכפל הסכום.

- 2.7.3 **הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי** נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד סך 100,000 ש"ח;
- 2.7.4 **הוצאות לשהייה בחו"ל** הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 800 ש"ח ליום ועד 60 ימים.

3. תקופת אכשרה

90 יום.

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1.	הגדרות מיוחדות	
1.1	"תרופה" -	חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, טיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן למניעת כאב. ההגדרה "תרופה" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".
1.2	"רשימת התרופות המאושרות" -	רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטי או כוללני לשימוש ו/או היבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
1.3	"טיפול תרופתי" -	נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
1.4	"סל שירותי הבריאות" -	מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
1.5	"מרשם" -	מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
1.6	"בית מרקחת" -	מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
1.7	"מחיר מרבי מאושר" -	הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
1.8	"השתתפות עצמית למרשם" -	חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
1.9	"רופא בית חולים" -	רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').

- 1.10 "מדינות המוכרות" - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- הגדרת המדינות המוכרות נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".**
- 1.11 "תרופה המוגדרת כ-Off Label" תרופה לרבות תרופת יתום שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי אחד לפחות.
- 1.12 "פרסום רשמי" - 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):
- עוצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או 2a
 - חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B
 - יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או 2a
5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:
- NCCN
 - ASCO
 - NICE
 - ESMO Minimal Recommendation

2. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי, עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו. או תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, לאינדיקציה (התוויה) רפואית שונה מזו שבגינה נדרשת התרופה למבוטח ובתנאי כי התרופה מותרת לשימוש במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כלשהיא בלפחות אחת המדינות המוכרות ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו. תרופה למחלה יתומה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") ותרופת OFF LABEL, הינן תרופות המכוסות על פי תנאי פוליסה זו.

3. חבות החברה ותגמולי הביטוח

- 3.1 החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 150 ש"ח למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם. במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על המפורט בסעיף 3.
- 3.2 על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן, ובתנאי שעלות התרופה עולה על גובה השתתפות עצמית.
- 3.3 במקרה וקיבל המבוטח את התרופה מגורם מבטח אחר ושלם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששלם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.
- 3.4 מבוטח יפנה לאישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, לחברת הביטוח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל למבוטח ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.
- 3.5 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.
- 3.6 סכום הביטוח המרבי למבוטח שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד תקרה של 1,500,000 ש"ח, מתחדש כל 36 חודשים.
- 3.7 החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה עד 200 ש"ח לטיפול ועד 60 יום.

4. חריגים

- בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
- 4.1 שתל ו/או אביזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה לרבות שתל ו/או אביזר מצופה תרופה המתקיים כחלק מהליך ניתוחי.
- 4.2 תרופה מתחום טיפולי Anti-Aging.
- 4.3 תרופה שניתנה במהלך השתלה ואשר תכוסה במסגרת פרק ההשתלות.
- 4.4 תרופה ניסיונית.
- 4.5 תרופה מתחום רפואה משלימה.
- 4.6 תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות.
- 4.7 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

- 4.8 טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים (למעט במקרה ואירע מקרה הביטוח, טופל ונדרש לקבל חיסון או טיפול תרופתי למניעת הישנות המקרה) ו/או תוספי מזון ו/או גמילה מעישון. למען הסר ספק, מובהר כי תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים (להלן: "תוספי מזון") שהצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה, בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח, לא יכללו במסגרת החריגים לפרק זה.
- 4.9 טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למוטב בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל

החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל-183 יום בשנה למעט אם השהייה היא במסגרת ניתוח, ו/או השתלה שמכוסים ע"י המבטח. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

6. תקופת אכשרה

90 יום.

פרק ב' 1 - תרופות בהתאמה אישית

כיסוי לתרופות הניתנות בהתאמה אישית והוצאות נלוות.

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים כהגדרתם להלן, ולהגדרות המופיעות בביטוח התרופות כהגדרתו להלן, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

- 1.1 "תרופה" - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, טיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן למניעת כאב, אשר נכלל ברשימת התרופות המאושרות ו/או אושר ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.
- 1.2 "תרופה מותאמת אישית" - תרופה אשר מתקיים לגביה אחד מהסעיפים הבאים:
1. ניתן אישור לייבוא אישי של התרופה על פי תקנה 29 (א) 3 לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו-1986 (אישור על פי פקודת הרופאים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי), ורופא מומחה בכיר קבע כי המבוטח זקוק לה.
2. התרופה אושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו אך לא במצב הרפואי של המבוטח והמבוטח ביצע בדיקות גנומיות במכון גנטי בבית חולים או במעבדה לבדיקות גנטיות בעלת רישיון לערוך בדיקות גנטיות, ונמצא באבחון הגנטי של הגידול כי המבוטח זקוק עפ"י המלצת הרופא המטפל, לתרופה לצורך טיפול במחלתו.
3. התרופה אושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו ונדרשת לטיפול במבוטח הנמצא במצב של סכנה לחייו עקב מצבו הבריאותי ובכפוף לכך שרופא מומחה בכיר קבע כי התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים וכי התועלת בשימוש בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.
4. תקופת הביטוח - תקופת הביטוח תחל ממועד כניסת המבוטח לביטוח לראשונה, ותמשך כל עוד המבוטח מבוטח ברצף בתוכנית ביטוח זו, ובהתאם ובכפוף למפורט בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות המצורפים לתכנית ביטוח זו.
- 1.3 "ביטוח תרופות" - כיסוי תרופות הכלול בפוליסה על שם המבוטח, אצל המבטחת, אשר מקנה כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וכן מקנה כיסוי לתרופות OFF LABEL כהגדרתם להלן, והינו בתוקף בעת קרות מקרה הביטוח.

- 1.4 "טיפול תרופתי" נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.5 "מרשם" - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.6 "מחיר מרבי מאושר" - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה והמשתנה מעת לעת. לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.
- 1.7 "רופא מומחה" - רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.8 "רופא מומחה בכיר" - רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה בבית חולים כללי ו/או פרופסור בבית חולים כללי.
- 1.9 "רשימת תרופות מאושרות" - רשימת התרופות המאושרות הרשומות עפ"י פקודת הרוקחים (נוסח חדש), התשמ"א-1981 ו/או עפ"י תקנות הרופאים (תכשירים), התשמ"ו-1986, או הוראת דין שתבוא במקומן והמפורסמות ע"י הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.10 "תרופה המוגדרת כ-Off Label" תרופה לרבות תרופת יתום שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, להתוויה הרפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח לפחות ע"י אחד מהפרסומים הבאים:
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):
 - עוצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או 2a
 - חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B
 - יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או 2a
 5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:
 - NCCN
 - ASCO
 - NICE
 - ESMO Minimal Recommendation

1.11 "סרטן" (Cancer) -

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. תחת הגדרה זו תכלול מחלת סרטן מסוג לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

הגדרת סרטן בתכנית ביטוח זו לא תכלול: גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ (למעט Carcinoma in Situ בשד), דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים; מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות); מחלות עור מסוג: Hyperkeratosis ו-Basal Cell Carcinoma; מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפוזי בנוכחות מחלת ה- AIDS; סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל); לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ $10,000$ B cell lymphocytes ul ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי; סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה; פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית; גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי; T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל- T CELL LY.

1.12 "קנאביס רפואי" -

קנאביס הניטל למטרות רפואיות, לטיפול במחלות, או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלות, אשר ניתן למבוטח אישור לשימוש בו בידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות. יובהר כי יאושר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות, ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהונפק למבוטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק, על פי הוראת רופא, לטיפול תרופתי באמצעות תרופה מותאמת אישית.

תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על פי תנאי תכנית ביטוח זו, בגין רכישת תרופות מותאמות אישית כהגדרתן לעיל וזאת לאחר כניסת תכנית הביטוח לתוקף ולאחר תום תקופת האכשרה ובתנאי שהתרופה אינה מכוסה בביטוח תרופות כהגדרתו לעיל.

3. תנאי מהותי להתחייבויות המבטחת

3.1 המבוטח יפנה לאישור המבטחת קודם לרכישת התרופה המותאמת אישית כאשר בידיו מרשם.

3.2 מובהר כי אישור המבטחת מראש לרכישת התרופה הינו תנאי מהותי.

לא קיימה חובת המבוטח להודיע למבטחת על קורות מקרה הביטוח בטרם רכישת התרופה, לא תהא המבטחת חייבת בתגמולי ביטוח אלא במידה והייתה חייבת בהם אילו קיימה החובה.

הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

- 3.2.1 במידה והחובה לא קוימה מסיבות מוצדקות.**
- 3.2.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטחת את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.**
- 3.3 רכש המבוטח תרופה שרכישה לא אושרה מראש ע"י המבטחת, תגמולי הביטוח אשר תשלם המבטחת למבוטח, יהיו עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת, לו היתה נמסרת לה הודעה מראש ובלבד שהסכום שתשלם המבטחת למבוטח לא יעלה על גובה ההוצאות, כפי שהיו לו היתה התרופה נרכשת באמצעות בית מרקחת אשר למבטחת יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי תכנית ביטוח זו.**
- 3.4 בכל מקרה בו בחרה המבטחת לשלם ישירות לספק השירות עבור התרופה המותאמת אישית, עלות רכישת התרופה המותאמת אישית משמעה - הסכום ששילמה המבטחת בפועל לספק השירות על פי ההסכם עם ספק השירות, ובלבד שהסכום לא יעלה על המחיר המירבי המאושר לתרופה המותאמת אישית לחודש ולתקופת ביטוח כמפורט בסעיף 4 להלן.**
- 3.5 יובהר כי המבטחת איננה חייבת להתקשר עם ספק שירות, ואם היא בחרה להתקשר עם ספק שירות, אין היא מחוייבת להשיג את המחירים המוזלים ביותר לרכישת התרופה המותאמת אישית.**

4. התחייבויות המבטחת

- 4.1 הוצאות רכישת תרופה מותאמת אישית:**
- בקורות מקרה הביטוח, במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו הישירות שהוצאו בפועל, לרכישת תרופות מותאמות אישית ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופות המותאמות אישית, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, ולא יותר מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה, וזאת בניכוי השתתפות עצמית, ובכפוף לתנאים המפורטים להלן:
- 4.1.1 בגין רכישת תרופה מותאמת אישית** כהגדרתה לעיל, תשפה המבטחת את המבוטח, בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל, לרכישת התרופה עד לסכום שיפוי מירבי בסך 200,000 ₪ בגין כל חודש קלנדרי, ולא יותר מסכום שיפוי מצטבר בסך 800,000 ש"ח למקרה ביטוח.
- 4.1.2 יובהר כי סכום השיפוי המירבי הנקוב לעיל לחודש ייותר ללא שינוי גם במידה וניתנו מספר מרשמים לתרופות מותאמות אישית לטיפול במצב בריאותי של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח ו/או מקרי ביטוח נוספים באותו חודש.**
- 4.1.3 טיפול רפואי חוזר או המשכי** אשר נדרש בעקבות טיפול ו/או כתוצאה ממקרה ביטוח הנו חלק מאותו מקרה ביטוח.
- 4.1.4 השתתפות עצמית -** תגמולי הביטוח בגין רכישת תרופה מותאמת אישית, בין אם הרכישה בוצעה על ידי המבוטח ובין אם באמצעות המבטחת, ישולמו בניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪ למרשם. ההשתתפות העצמית בגין מרשם הינה חודשית ותחול מידי חודש קלנדרי בנפרד. ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה מותאמת אישית המכסים תקופת טיפול של חודש קלנדרי תנוכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת באותו חודש. ניתן מרשם לאותה תרופה מותאמת אישית

לתקופת טיפול של מעל חודש - תנוכה ההשתתפות העצמית פעם אחת בגין כל חודש. במידה וניתנו מרשמים לתרופות נוספות לטיפול באותו מצב בריאותי של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח - לא תנוכה השתתפות עצמית נוספת באותו חודש.

4.1.5 בגין תרופה לטיפול במחלת הסרטן, המכוסה על פי תנאי תכנית ביטוח זו, אשר עלותה החודשית גבוהה מסך של 300 ש"ח, לא תחול השתתפות עצמית.

4.2 כיסויים נלווים

4.2.1 שיפוי בגין עלות השירות

המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה המותאמת אישית או התרופות המותאמות אישית בגין כל מקרה ביטוח, בשיעור שלא יעלה על סכום שיפוי מירבי בסך 350 ש"ח ליום ולתקופה שלא תעלה על 60 יום בגין כל מקרה ביטוח. יובהר כי הכיסוי על פי סעיף זה ינתן אך ורק בגין נטילת תרופה מותאמת אישית, אשר המבטחת שיפתה את המבוטח עבור רכישתה כאמור בסעיף 4.1.

4.2.2 השתתפות הקופה ו/או השב"ן

היה המבוטח זכאי לכיסוי במסגרת תכנית ביטוח זו, אך קופת החולים ו/או השב"ן בהם הוא חבר מימנו את העלויות באופן מלא או חלקי, והמבטחת לא השתתפה במימון התרופה כאמור בסעיף 4.1, המבוטח יהיה זכאי להחזר סכום ההשתתפות ששילם לקופת החולים ו/או לשב"ן בהם הוא חבר עבור התרופה.

5. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות, למעט אלה שבוטלו מפורשות בתכנית ביטוח זו, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית ביטוח זו במקרים הבאים:

- 5.1 שתל ו/או אביזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה לרבות שתל ו/או אביזר מצופה תרופה.
- 5.2 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים כללי
- 5.3 תרופה לטיפול במחלות נפש ו/או הפרעות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
- 5.4 תרופה לטיפול שיניים ואו חניכיים למיניהן.
- 5.5 תרופה לטיפול בהשמנת יתר.
- 5.6 תרופה לגמילה מעישון
- 5.7 תרופה לטיפול באין אונות
- 5.8 תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 5.9 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון, למעט טיפול המכוסה באופן מפורש בתכנית ביטוח זו.
- 5.10 תרופה ניסיונית אשר לא אושרה ע"י הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח, למעט טיפול/תרופה המכוסה באופן מפורש בתכנית ביטוח זו.
- 5.11 טיפול תרופתי מונע למחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ו/או לנשאות של HIV ו/או טיפול תרופתי מונע למחלת צהבת מסוג (Hepatitis C) ו/או לצהבת מסוג (Hepatitis B)

6. תביעות

המבטחת תשפה את המבוטח בגין התחייבויותיה או תעביר ישירות את ההוצאות לנותן השירות בכפוף לתנאים שלהלן:

6.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים, שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

6.2 במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטחת בכתב. תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין, יוחזרו למבטחת.

7. הגבלת אחריות המבטחת מחוץ לגבולות מדינת ישראל

7.1 שהה המבוטח מחוץ לגבולות ישראל בקרות מקרה הביטוח או לאחר מכן, תהיה חבות המבטחת לשלם תגמולי ביטוח בעת השהות מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת ל-180 ימים בלבד בכל שהיה מחוץ לגבולות ישראל

7.2 חזר המבוטח לגבולות ישראל, יוכיח את זכאותו לתגמולים בגין טיפול תרופתי שניתן בעת שהות המבוטח מחוץ לגבולות ישראל, והמבטחת תשלם את המגיע ממנה בכפוף להוראות תכנית ביטוח זו.

8. מדד

כל הסכומים הנקובים בתכנית הביטוח הינם צמודי מדד ונכונים למדד המפורסם ביום 15.06.17.

מרכז שירות לקוחות: 1-800-35-20-01

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

שירותים דיגיטליים לשירותך באתר איילון
www.ayalon-ins.co.il

לשירותך:

הייטק סוכנות לביטוח

פעילות בימים א' עד ה', בין השעות 8:00 עד 16:30

טלפון 03-6470002

דוא"ל: office@ht-ins.co.il

www.ht-ins.co.il



צוות היועצים של פרש-קונספט ישמח לסייע בכל שאלה
טלפון: 03-7517274, אתר: www.fresh-concept.co.il

