



# פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי וגמלאי התעשייה הצבאית לישראל בע"מ (תעש)  
וחברת הבת עשות אשקלון ובני משפחותיהם

מהדורת אוגוסט 2014

# פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי וגמלאי התעשייה הצבאית לישראל בע"מ (תעש)  
וחברת הבת עשות אשקלון ובני משפחותיהם

מהדורת אוגוסט 2014



אוגוסט 2014

עובד/ת וגמלאי/ת יקר/ה,

הננו מתכבדים להציג בפניכם חוברת מידע הכוללת את התנאים אודות פוליסת ביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי וגמלאי תעש ועשות אשקלון ובני משפחותיהם.

הסכם הביטוח עם דקלה חברה לביטוח חודש החל מ 1/8/14 ויהיה בתוקף עד 31/7/16.

במסגרת החידוש נעשה מאמץ ע"י הנהלת התעש וארגון העובדים בליווי יועצת ביטוח, על מנת שתוכנית הביטוח תהיה מקיפה ככל האפשר במסגרת הפרמיה הקיימת.


רכיב הסיעוד במסגרת פוליסה זו ימשך, כל עוד יאשר המפקח על הבטוח את הארכת רכיב הסיעוד הקבוצתי.

ביטוח הבריאות לעובדי וגמלאי תעש ועשות אשקלון ובני משפחותיהם, כולל הטבות רבות בתעריף מוזל ומטרתו להעניק מענה ככל הניתן לבעיות רפואיות.

**בברכת בריאות טובה,**



אבי עינת  
סמנכ"ל משאבי אנוש



יצחק יהודה  
יו"ר ארגון עובדי תעש



## תוכן עניינים

גילוי נאות | 7

תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה ונספחיה | 21

פרק א' 1 - השתלות | 30

פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל | 33

פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל | 35

פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות | 37

פרק ג' - ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים | 41

פרק ד' - ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים | 47

פרק ה' - טיפולים מחליפי ניתוח | 49

פרק ו' - חוות דעת נוספת מחו"ל | 51

פרק ז' - שירות רופא עד הבית ו/או המשרד ושירותי מרפאה | 52

פרק ח' - ביטוח סיעודי | 53

פרק ט' - רפואה משלימה | 56

פרק י' - נכות תעסוקתית כתוצאה מתאונה | 57

פרק יא' - נספח עזרה | 59

פרק יב' - הרחבה וולונטרית מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים | 60

כתב התחייבות של בעל הפוליסה | 66

נספח ב' - השירותים (SLA) | 67



## גילוי נאות

בהתאם להוראות המפקח על הביטוח להלן סקירת תכנית הביטוח והנספחים:

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	פוליסת בריאות קולקטיבית לעובדי וגמלאי התעשייה הצבאית לישראל בע"מ (תעש) וחברת הבת עשות אשקלון ובני משפחותיהם.
	שם בעל הפוליסה	התעשייה הצבאית לישראל בע"מ (תעש) וחברת הבת עשות אשקלון בע"מ.
	שם המבטח	דקלה חברה לביטוח בע"מ. (להלן: המבטח ו/או החברה ו/או החברה המבטחת).
	הכיסויים בפוליסה	א. השתלות, טיפולים מיוחדים בחו"ל וניתוחים בחו"ל ב. כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ג. ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים ד. ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים ה. טיפולים מחליפי ניתוח ו. חוות דעת נוספת מחו"ל ז. שירות רופא עד הבית ו/או המשרד ושירותי מרפאה. ח. ביטוח סיעודי ט. רפואה משלימה י. נכות תעסוקתית כתוצאה מתאונה יא. נספח עזרה <b>רובד הרחבה וולונטרית</b> יב. מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים
	משך תקופת הביטוח	תקופת הביטוח תהיה מיום ה- 01.08.2014 ועד ליום ה- 31.07.2016. ביחס לפרק הסיעוד תקופת הביטוח תהיה עד 31.12.2014 בכפוף לחזור המפקח על הביטוח שמשפרו 1-7-2014 וכן בכפוף להוראות שיהיו בעתיד בנושא. <b>במידה והוראות המפקח והתקנות בנושא יבוטלו ו/או תינתן הארכה מעבר ל 31.12.2014 - ימשיך הביטוח הסיעודי לכל תקופת הביטוח ו/או לכל תקופת הארכה שתינתן.</b>
	תנאים לחידוש אוטומטי	תקופת ההסכם תהיה עד ה- 31.07.2016. בעל הפוליסה, לפי שיקול דעתו הבלעדי ובהודעה שימסור לחברה המבטחת, רשאי להאריך את ההסכם והפוליסה בשנה נוספת באותם תנאים.
	תקופת אכשרה	אין.
	תקופת המתנה	יש. פרק ח' ביטוח סיעודי, סעיף 2 - 30 יום. פרק י' נכות תעסוקתית כתוצאה מתאונה, סעיף 1.4 - 14 יום.
	השתתפות עצמית	1. פרק ב' כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לחודש לכל מרשם אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, עבור כל מרשם נוסף אחר, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.



תנאים	סעיף	נושא																								
<p>2. פרק ד' ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים: סעיף 1.1 בדיקות אבחנתיות: 15% מההוצאות.</p> <p>3. פרק ו' חוות דעת נוספת מחו"ל, סעיף 3 - 20% מההוצאה.</p> <p>4. ביקורי בית של רופא בשעות הלילה - 25 ש' כולל מע"מ לכל ביקור. שירותי מרפאה - 15 ש' כולל מע"מ עבור כל ביקור במרפאה.</p> <p>5. פרק ח' ביטוח סיעודי - 30% מההוצאות השיקום.</p> <p>6. פרק ט' רפואה משלימה - 20% מההוצאה לטיפול.</p>	השתתפות עצמית	כללי																								
<p>בעל הפוליסה יהיה רשאי בכל עת להודיע למבטח על רצונו לנהל משא ומתן על מנת לשפר ולתקן את הפוליסה. ביקש בעל הפוליסה לנהל משא ומתן כאמור, ינהלו המבטח ובעל הפוליסה משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה. לא הגיעו הצדדים להסכמה, יהיה רשאי בעל הפוליסה להביא הסכם זה לסיימו, בכל עת במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב 30 יום מראש.</p>	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	שינוי תנאים																								
<p>במידה ויחליט בעל הפוליסה להאריך את פרק הסיעוד (בכפוף להוראות המפקח שיהיו בעתיד בנושא) ידונו הצדדים על גובה הפרמיה שתידרש עבור הכיסוי הסיעודי.</p>	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח																									
<p><b>דמי הביטוח בגין פוליסה הכוללת את פרקים י-יא'</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>פרמיה חודשית בש"ח</th> <th>סטטוס מבוטח</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>59.27</td> <td>עובד/ת - ע"ח המעביד</td> </tr> <tr> <td>58.68</td> <td>בן/בת זוג וכל הילדים הרשומים מתחת לגיל 30</td> </tr> <tr> <td>49.32</td> <td>ילד נשוי/מעל גיל 30</td> </tr> <tr> <td>49.32</td> <td>בן/ת זוג של ילד</td> </tr> <tr> <td>58.68</td> <td>בן/בת זוג של ילד וכל הילדים מתחת לגיל 30</td> </tr> <tr> <td>10.08</td> <td>ילד של ילד/ילד להורה יחיד</td> </tr> </tbody> </table> <p>רובד הרחבה וולונטרית לבחירת המבוטח פרק יב' - ביטוח מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים: סכום ביטוח של 10,000 ש' להצטרפות וולונטרית</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>דמי ביטוח חודשיים בש"ח</th> <th>קבוצות גיל</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.29</td> <td>0-30</td> </tr> <tr> <td>3.32</td> <td>31-40</td> </tr> <tr> <td>9.58</td> <td>41-50</td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>51+</td> </tr> </tbody> </table> <p>• נכון למדד הידוע ב- 01.08.2014                      • התשלום בגין כל הרבדים יהיה עד ל- 2 ילדים, מהילד השלישי ואילך חינם. (רק לילדים שגילם אינו עולה על גיל 30).                      * בכפוף למילוי טופס הצהרת בריאות. התשלום באמצעי גביה אישית.                      כל המחירים צמודים למדד המחירים לצרכן.</p>	פרמיה חודשית בש"ח	סטטוס מבוטח	59.27	עובד/ת - ע"ח המעביד	58.68	בן/בת זוג וכל הילדים הרשומים מתחת לגיל 30	49.32	ילד נשוי/מעל גיל 30	49.32	בן/ת זוג של ילד	58.68	בן/בת זוג של ילד וכל הילדים מתחת לגיל 30	10.08	ילד של ילד/ילד להורה יחיד	דמי ביטוח חודשיים בש"ח	קבוצות גיל	1.29	0-30	3.32	31-40	9.58	41-50	25	51+	גובה הפרמיה	פרמיות
פרמיה חודשית בש"ח	סטטוס מבוטח																									
59.27	עובד/ת - ע"ח המעביד																									
58.68	בן/בת זוג וכל הילדים הרשומים מתחת לגיל 30																									
49.32	ילד נשוי/מעל גיל 30																									
49.32	בן/ת זוג של ילד																									
58.68	בן/בת זוג של ילד וכל הילדים מתחת לגיל 30																									
10.08	ילד של ילד/ילד להורה יחיד																									
דמי ביטוח חודשיים בש"ח	קבוצות גיל																									
1.29	0-30																									
3.32	31-40																									
9.58	41-50																									
25	51+																									

תנאים	סעיף	נושא
<p>הפרמיה לעובדים ולבני זוגם - קבועה.                      הפרמיה לילדים - משתנה על פי גיל וסטטוס.                      הרחבה וולונטרית של ביטוח מחלות קשות - פרק ב':                      הפרמיה משתנה עפ"י גיל.                      ראה מעלה סעיף פרמיות - "גובה הפרמיה".</p>	<p>מבנה הפרמיה</p>	<p>פרמיות</p>
<p>חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח לחברה המבטחת 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.                      כל מבוטח יוכל לגרוע את עצמו מהפוליסה תוך 90+90 יום מזכאותו או 90+90 יום מיום קבלת חוברות הפוליסה, המאוחר מביניהם, ולקבל חזרה את הפרמיה ששולמה באופן רטרואקטיבי.</p>	<p>תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח</p>	<p>תנאי ביטול</p>
<p>פוליסה לביטוח בריאות וסיעוד 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.</p>	<p>תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח</p>	
<p><b>המשכיות</b>                      א. בתום ההסכם ובכל במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא ו/או במקרה של פטירה ו/או במקרה של עובד שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין או בשל פרידה מידועה/בציבור, יהיו זכאים המבוטחים להמשיך להיות מבוטחים באחת משתי האפשרויות להלן, עפ"י שיקול דעתם הבלעדי:                      1. בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית בחברה המבטחת, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר לפוליסה הקבוצתית.                      2. התעריפים הינם התעריפים שיהיו קיימים אצל החברה המבטחת לפוליסת בריאות באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה עפ"י סעיף א' לעיל, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 35% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה ובכפוף לאמור בסעיף א' לעיל, למשך 5 שנים ו 25% החל מהשנה הששית ואילך, לכל החיים.</p>	<p>תנאי המשכיות המבוטח בביטוח</p>	<p>המשכיות לבריאות ולסיעוד</p>

תנאים	סעיף	נושא
<p>א. ב. להמשיך להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה והסכם ברצף 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. דמי הביטוח בגין השנה הראשונה יהיו 120% מגובה דמי הביטוח עפ"י הסכם זה, וביתרת שנות הביטוח שלאחר מכן 140% מגובה דמי הביטוח עפ"י הסכם זה וכל עוד יהיו ההסכם והפוליסה בתוקף. התשלום יהיה באמצעות אמצעי גבייה אישי: כרטיס אשראי או הוראת קבע. בכפוף לסעיף 35 לפוליסה.</p> <p>ג. לגבי מרכיב הסיעוד בפוליסה, התעריפים בנספח ה' הינם התעריפים בהסכם זה והם שיחולו על המבוטחים.</p> <p><b>יצוין כי יתכן שמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.</b></p>		
<p>אין.</p>	<p>החרגה בשל מצב רפואי קודם</p>	<p><b>חריגים</b></p>
<p>יש. כמפורט להלן: פרק א' 1-3 - השתלות, טיפולים מיוחדים בחו"ל וניתוחים בחו"ל: סעיף 3.9. פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות: סעיף 3.7. פרק ג' - ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים: סעיף 1.4.1. פרק י' - נכות תעסוקתית כתוצאה מתאונה: סעיף 3.</p>	<p>סייגים לחבות המבטח</p>	
<p>מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בניגו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות</p> <p>או של לפחות 2 מתוך 6 הפעולות הבאות ובתנאי מפורש שאחת מהן היא לשלוט על הסוגרים:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. לקום ולשכב</li> <li>2. להתלבש ולהתפשט</li> <li>3. להתרחץ</li> <li>4. לאכול ולשתות</li> <li>5. לשלוט על הסוגרים</li> <li>6. ניידות</li> </ol> <p>או</p> <p>מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב אשר עקב "תשישות נפש" שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח. כהגדרתה בפוליסה.</p> <p>או</p> <p>מצב סיעודי הנובע מטיפולים כימותרפיים אותם הוא קיבל או מקבל בכפוף לסעיף 1.3 (ג) בפרק הסיעודי.</p>	<p>הגדרת מקרה הביטוח</p>	<p><b>תוספות לביטוח הסיעודי</b></p>
<p>עד 96 חודשים.</p>	<p>משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח</p>	
<p>פיצוי. שיפוי מיוחד לשיקום - סעיף 4 בפרק ח' לפוליסה.</p>	<p>סוג תגמולי הביטוח</p>	

תנאים	סעיף	נושא
פיצוי של - 9,100 ₪ לחודש. בנוסף, לאחר 60 חודשים תשולם גמלה חודשית נוספת בסך 2,700 ₪. שיפוי מיוחד לשיקום - 70% מהוצאות השיקום ועד 37,000 ₪.	סכום הביטוח	תוספות לביטוח הסיעודי
פיצוי של - 9,100 ₪ לחודש. בנוסף, לאחר 60 חודשים תשולם גמלה חודשית נוספת בסך 2,700 ₪. שיפוי מיוחד לשיקום - 70% מהוצאות השיקום ועד 37,000 ₪. לא נדרשת קבלה.	תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית	
יש. סעיף 3 בפרק ח' לפוליסה. במשך תקופת תשלום התגמול הסיעודי ע"י החברה.	שחרור מתשלום פרמיה	
אין.	זכויות המבוטח בגין העלאת פרמיה	
הפרמיה לעובדים ולבני זוגם - קבועה. הפרמיה לילדים - משתנה על פי גיל וסטאטוס. ראה מעלה סעיף פרמיות - "גובה הפרמיה".	סקאלת הפרמיה	
אין.	זכויות המבוטח בגין העלאת פרמיה	
אין.	ערך מסולק	
אין.	תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח	
אין.	קיווה תגמולים מביטוחים אחרים	
ראה מעלה סעיף "המשכיות".	המשכיות	

פירוט הכיסויים:

קיוזו תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: ורבד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
<b>פרק א' 3 - 1 השתלות, טיפולים מיוחדים בחו"ל וניתוחים בחו"ל</b>				
יש קיוזו.	ביטוח תחליפי.	אין צורך באישור המבטח מראש.	שיפוי	תקרת תגמולי הביטוח לכל תקופת הביטוח למבוטח: <b>פרק א' 1 השתלות מסלול 1</b> השתלות בחו"ל בגין הסעיפים 1.3.4 - 1.3.1 - שיפוי בסכום ביטוח בלתי מוגבל. ובסך של 1,500,000 ₪ עבור הוצאות נוספות כמפורט בסעיפים 1.3.5 עד 1.3.13 לפרק זה.
אין קיוזו.	ביטוח מוסף.	אין צורך באישור המבטח מראש.	פיצוי	<b>מסלול 2</b> פיצוי חד פעמי בגובה של 252,000 כמוגדר בסעיף 1.4 לפרק זה. <b>בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, תבחן החברה אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008 (להלן - החוק), ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:</b> 1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה; 2. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.
יש קיוזו.	ביטוח תחליפי. להחלק מהכיסויים ביטוח מוסף.	אין צורך באישור המבטח מראש.	שיפוי	<b>טיפול רפואי מיוחד בחו"ל -</b> 792,000 ₪.  <b>ניתוחים בחו"ל:</b> תינתן תקרת שיפוי מלאה.
אין קיוזו.	ביטוח מוסף.	אין צורך באישור המבטח מראש.	פיצוי	<b>גמלת החלמה בעקבות השתלה:</b> לאחר ביצוע ההשתלה יהיה זכאי המבוטח לגמלה חודשית בסך 6,500 ₪ למשך 24 חודשים בכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה בפוליסה.
<b>פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</b>				
יש קיוזו.	ביטוח מוסף.	אין צורך באישור המבטח מראש.	שיפוי	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

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס /או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
יש קיצוח.	ביטוח מוסף.	אין צורך באישור המבטח מראש.	שיפוי	<p>של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, או בילפן. לא תוחרג או יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.</p> <p>ב. כמו כן, כל תרופה הרשומה בסל שירותי הבריאות שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל התרופות כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח הדורש טיפול בתרופה זו בתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או בילפן ואו ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג' והתרופה רשומה באחת מהמדינות המפורטות לעיל למחלה כלשהי. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.</p> <p>ג. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL - 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. פרסומי ה-FDA</li> <li>2. American Hospital Formulary Service Drug Information</li> <li>3. US Pharmacopoeia Drug Information</li> <li>4. Drugdex (Micromedex),</li> </ol> <p>ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 עוצמת ההמלצה (Strength) (Of Recommendation</li> <li>4.2 חוזק הראיית (Strength) (of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B</li> <li>4.3 יעילות (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או II</li> </ol>

קיוזח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
יש קיוזח.	ביטוח מוסף.	אין צורך באישור המבטח מראש.	שיפוי	<p>5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.1 NCCN</li> <li>5.2 ASCO</li> <li>5.3 NICE</li> <li>5.4 ESMO Minimal Recommendation</li> </ul> <p>ד. <b>תרופת יתום</b> תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.</p> <p><b>תקרת כיסוי וסכום השתתפות עצמית:</b>  סכום הביטוח המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח, יהיה 2,000,000 ש"ח.  לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ד' בפרק זה, סכום הביטוח יעמוד על 400,000 ש"ח.  המבוטח יישא בהשתתפות עצמית של 150 ש"ח מעלות המרשם, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, עבור כל מרשם נוסף אחר, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית. בגין תרופות למחלת הסרטן לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.</p>
<b>פרק ג' - ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים</b>				
יש קיוזח.	ביטוח משלים.	אין צורך באישור מראש.	שיפוי	<p>רובד משלים לשב"ן שיפוי מלא לאחר מיצוי השב"ן, ללא השתתפות עצמית של המבוטח עפ"י פרק זה לפוליסה.</p> <p><b>שירותים רפואיים נוספים:</b>  שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי התייעצות לפני ואחרי ניתוח חו"ד נוספת של רופא מומחה לפני ניתוח - עד תקרה של 1,200 ש"ח הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח הוצאות בגין בדיקה פתולוגית הוצאות במסגרת הניתוח והאשפוז ו/או לאחריו</p>

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
יש קיצוח.	ביטוח משלים.	אין צורך באישור מראש.	שיפוי	תותבת- אביזר מושתל שכר אח/ות פרטי/ת בעת ולאחר הניתוח ימי החלמה התייעצות עם רופאים מומחים ביופסיות
אין קיצוח.	ביטוח מוסף.	אין צורך באישור מראש.	פיצוי	מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה- AIDS פיצוי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B מוות כתוצאה מניתוח
<b>פרק ד' - ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים</b>				
יש קיצוח.	ביטוח מוסף. לחלק מהכיסויים ביטוח תחליפי.	אין צורך באישור מראש.	שיפוי	בדיקות אבחנתיות (ללא קשר למופיע בסעיפים הרלוונטיים בפרק ג', התשלום הגבוה מביניהם לבחירת המבוטח). שיפוי בגובה של 85% מהוצאות המבוטח לצורך ביצוע הבדיקה ולא יותר מ- 6,500 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח. סכום הביטוח המרבי לשנה הינו 15,000 ₪.
<b>פרק ה' - טיפולים מחליפי ניתוח</b>				
יש קיצוח.	ביטוח מוסף.	אין צורך באישור מראש.	שיפוי	טיפול מחליף ניתוח שבוצע ו/או יבוצע ו/או הצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח החוזר של עד 220,000 ₪.
<b>פרק ו' - חוות דעת נוספת מחו"ל</b>				
יש קיצוח.	ביטוח מוסף.	אין צורך באישור המבטח מראש.	שיפוי	שיפוי בגין חוות דעת שנייה שניתנה על ידי רופא/רופאים מחו"ל היא 6,480 ₪ ובהשתתפות עצמית של 20%.
<b>פרק ז' - שירות רופא עד הבית ו/או המשרד ושירותי מרפאה</b>				
יש קיצוח.	ביטוח מוסף.	יש צורך באישור מראש.	שיפוי	קבלת שירות רופא על פי כתב השרות המצורף לחוברת. השתתפות עצמית בסך 25 ₪. לביקורי בית 15 ₪ לביקור במוקד הרפואי.



קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
<b>פרק ח' - ביטוח סיעודי</b>				
אין קיזוז.	ביטוח מוסף.	אין צורך באישור מראש.	פיצוי	<p><b>מקרה הביטוח:</b></p> <p><b>אירוע א':</b> מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות. או שאינו יכול לבצע 2 מתוך 6 הפעולות כשאחת היא "לשלוט על הסוגרים"</p> <p><b>או</b></p> <p><b>אירוע ב':</b> מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח עקב "תשישות נפש" כהגדרתה בפוליסה.</p> <p><b>או</b></p> <p><b>אירוע ג':</b> מצב הנובע מטיפולים כימותרפיים אותם הוא קיבל או מקבל גמלה בגובה של 9,100 ₪ לחודש לתקופה שלא תעלה על 96 חודשים. בנוסף, לאחר 60 חודשים תשולם גמלה חודשית נוספת בסך 2,700 ש"ח לתקופה שלא תעלה על 96 חודשים.</p>
יש קיזוז.	ביטוח מוסף.	אין צורך באישור מראש.	שיפוי	<p><b>שיפוי מיוחד לשיקום:</b></p> <p>מבוטח אשר יהיה במצב מזכה לאחר שהתקיימו התנאים המפורטים לעיל יהיה זכאי להחזר בגובה של 70% מההוצאות בפועל בגין שיקום. תקרת השיפוי לפי סעיף זה לא תעלה על 37,000 ₪.</p>
<b>פרק ט' - רפואה משלימה</b>				
יש קיזוז.	ביטוח מוסף.	אין צורך באישור המבטח מראש.	שיפוי	<p>שיפוי בגובה של 80% מהוצאת המבוטח בגין הטיפולים הבאים: כירופרקטיקה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אשר עבר המבוטח ועד 230 ₪ לכל טיפול. סכום השיפוי המרבי הכולל לא יעלה על 3,250 ₪ לכל שנת ביטוח.</p>

פרק י' - נכות העסוקתית כתוצאה מתאונה	
קיים.	קיום כיסוי לזמן המילואים ו/או עקב פעולות טרור
אין.	שחרור מתשלום פרמיה
אין.	קיצוץ או השתתפות בתשלומי הביטוח
למשך תקופה שלא תעלה על 360 ימים כדלהלן: במקרה שהמבוטח מסוגל לעבוד לא יותר מ- 4 שעות ביום - 50% מהפיצוי היומי. במקרה שהמבוטח מסוגל לעבוד לא יותר מ- 6 שעות ביום - 25% מהפיצוי היומי.	פיצוי אכ"ע חלקי
אין.	קביעת נכות צמיתה
אין.	אופן קביעת אחוז נכות

פרק יב' - מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים	
דברי הסבר - סכומי פיצוי	פירוט הכיסויים בפוליסה פירוט המחלות הקשות
<p>הפרק כולל כיסוי ביטוחי למחלות קשות או אירועים חמורים, לפי קבוצת מחלות - כמו כן פרק זה מאפשר להמשיך את התנאים גם למקרי ביטוח נוספים מקבוצות ביטוח נוספות, קרי, במיצוי קבוצה ראשונה עומדת זכות נוספת בשאר הקבוצות. לאחר מיצוי באחת הקבוצות פג התוקף של כיסויי אותה קבוצה.</p> <p>סכום הביטוח לכל אחת מהקבוצות הינו במנות של 10,000 ₪ עפ"י סכום הביטוח שנרכש ע"י המבוטח.</p>	<b>קבוצה ראשונה</b>
	אי ספיקת כליות סופנית - (END STAGE RENAL FAILURE)
	אי ספיקת כבד פולמינגנטית - (FULMINANT HEPATIC FAILURE)
	מחלת כבד סופנית (שחמת) - (TERMINAL LIVER DISEASE CIRRHOSIS)
	השתלת אברים - (ORGAN TRANSPLANTATION) לב, ריאה, לב-ריאות, אונת ריאה, כליה, לבלב, כליה ובלב, כבד, אונת כבד, מוח עצמות, שחלה ומעי.
	טרשת נפוצה - (MULTIPLE SCLEROSIS)
	תשישות נפש
	פרקינסון
	עמילואידוזיס ראשונית - (PRIMARY AMYLOIDOSIS)
	תרדמת - (COMA)
ניוון שרירים מסוג ALS - (AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS)	

	פגיעה מוחית - (BRAIN DAMAGE)
	דלקת מוח - (ENCEPHALITIS)
	דלקת חיידיקית של קרום המוח - (BACTERIAL MENINGITIS)
	מחלת ריאות כרונית חסימתית - (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)
	יתר לחץ דם ריאתי ראשוני - (PRIMARY PULMONARY HYPERTENSION)
	צפדת (טטנוס) - (TETANUS)
	<b>קבוצה שנייה</b>
	התקף לב חריף / אוטם חריף בשריר הלב - (ACUTE CORONARY SYNDROME)
	ניתוח מעקפי לב - (CABG)
	ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב - (SURGERY FOR VALVE REPLACEMENT OR REPAIR)
	ניתוח אבי העורקים - (AORTA)
	שבץ מוחי - (CVA)
	<b>קבוצה שלישית</b>
	סרטן - (CANCER)
	תסמונת הכשל החיסוני הנרכש - (AIDS)
	אנמיה אפלטטית חמורה מסוג SEVERE AA - (APLASTIC ANEMIA SEVERE AA)
	גידול שפיר של המוח - (BENIGN BRAIN TUMOR)
	<b>קבוצה רביעית</b>
	שיתוק (פרפלגיה קוודריפלגיה) - (PARALYSIS)
	פוליו (שיתוק ילדים) - (POLIOMYELITIS)
	איבוד גפיים - (LOSS OF LIMBS)
	עיוורון - (BLINDNESS)
	כוויות קשות - (SEVERE BURNS)
	אילמות, אובדן דיבור - (LOSS OF SPEECH)
	חירשות - (DEAFNESS)
אין.	מגבלה לגבי פטירה לאחר מועד גילוי המחלה

## **פירוט הכיסויים:**

### **בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים:**

**ביטוח תחליפי** - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון)

**ביטוח משלים** - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מהסל הבסיסי ו/או שב"ן.

**ביטוח מוסף** - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן בביטוח זה ישולמו תגמולי ביטוח מהשקל הראשון.

### **ההגדרות האמורות תקפות ליום פרסומן.**

### **כיסוי ביטוחי רובד משלים לשב"ן לפרק הניתוחים**

1. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
3. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
4. למבוטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

לתשומת ליבך בעת השירות הצבאי - הכיסויים בפוליסת הבריאות שברשותך עשויים להיות קשורים, להוראות הצבא כפי שיקבעו מעת לעת.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.



## תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה ונספחיה

### 1. מבוא:

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

### 2. הגדרות:

2.1 בהסכם זה יהיו, למונחים שלהלן הפירוש שלצידם:

1. "החברה המבטחת" דקלה חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 520030503.
2. "בעל הפוליסה" התעשייה הצבאית לישראל בע"מ (תעש) וחברת הבת עשות אשקלון בע"מ.

### 3. המבוטחים הינם:

א. "מבוטח קיים" מי שבמועד הצטרפותו לביטוח הקודם או לביטוח המקורי או לביטוח זה, הינו עובד/ת אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן או בת זוגו (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30 או עד גיל 30 אך נשוי/אה, אך בתעריף ילד מעל גיל 30 ו/או גמלאי תעש ו/או בן או בת זוגו (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד מעל גיל 30.

### ב. "מבוטח חדש"

מי שלא היה במועד ההצטרפות לביטוח עובד/ת ו/או מבוטח/ת אצל "בעל הפוליסה" והנו עובד קיים ו/או עובד חדש ו/או בן/ת זוג קיים ו/או בן/ת זוג חדש (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30 או עד גיל 30 אך נשוי/אה, אך בתעריף ילד מעל גיל 30, ו/או גמלאי ו/או בן/ת זוג (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד מעל גיל 30.

### ג. "פוליסה קודמת"/"ביטוח מקורי"

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 1.5.2006 אשר התנהלה בדקלה חברה לביטוח בע"מ, ואשר קדמה לה פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה שתחילתה ביום 1.3.2000 אשר התנהלה בהראל חברה לביטוח בע"מ.

- ד. למען הסר ספק, יובהר כי כל המבוטחים שבוטחו במסגרת פוליסת הבריאות של עובדי התעשייה הצבאית לישראל בע"מ (תעש) ובני משפחותיהם, אשר התנהלה בדקלה חברה לביטוח בע"מ, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 1.5.2006 ואשר קדמה לה פוליסת הבריאות של עובדי התעשייה הצבאית לישראל בע"מ (תעש) ובני משפחותיהם, אשר התנהלה בהראל חברה לביטוח בע"מ, על כל נספחיה, רבדיה ותוספותיה שתחילתה ביום 1.3.2000 (להלן: "הפוליסה הקודמת" / "ביטוח מקורי") לרבות עובדים חדשים, בני/ות זוג חדשים וילדיהם כהגדרתם בסעיף 3 א' - ב' לעיל אשר - יצורפו לביטוח, 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.
4. "המועד הקובע" 1.8.2014
5. "פרמיה" דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה / המבוטח לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.
6. "תקופת המתנה" תקופה המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה ואשר במהלכה לא תהא על החברה המבטחת החובה לשלם למבוטח תגמולי ביטוח - חל על פרק הסיעוד ועל פרק אי כושר עבודה כתוצאה מתאונה.
7. "המדד" מדד המחירים לצרכן המדד הכללי המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחקר כלכלי או כל מדד שיחליף את מדד זה שיפורסם במקומו.
8. "המדד היסודי" מדד חודש יולי 2014 שפורסם ביום 15 ליולי 2014. כל הסכומים, סכומי הביטוח והפרמיות בפוליסה ובהסכם צמודים למדד זה.
9. "מנתח / מרדים שבהסכם" רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל הנמצא בהסכם עם החברה המבטחת, על כל הפרוצדורות שהוא מבצע, 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.
10. "בית חולים שבהסכם" מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים, לרבות, אך לא רק, מסלולי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים (שר"פ/שר"ן) ואשר לחברה המבטחת הסכם התקשרות עימו לצורך מתן שירותים ו/או ביצוע ניתוחים למבוטחים.

11. "סכום ביטוח" הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח.
12. "חוק הבריאות" חוק בריאות ממלכתי תשנ"ד 1994.
13. "קופת חולים" כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
14. "שירותי בריאות נוספים" (שב"נ) 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.
15. "ישראל" מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
16. "חו"ל" כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינת אויב.
17. "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.
18. "בית חולים פרטי" בית חולים כמוגדר לעיל המורשה ע"י משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
19. "השתתפות עצמית" חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פוליסה זו, תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
20. "אשפוז" שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי ו/או במרפאה, לרבות, אך לא רק, תרופות ובדיקות הקשורות לניתוח / טיפול רפואי שבוצע, לרבות, אך לא רק, אבחון, ריפוי, שיקום ומעקב רפואי.
21. "יום אשפוז" יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח ו/או לינת לילה בבית חולים ציבורי או פרטי. למען הסר ספק, אשפוז יום ייחשב כיום אשפוז לצורך הזכאות בפוליסה.
22. "שנת ביטוח" תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.



23. כל חוזרי המפקח המצורפים 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 כגון: 2007-1-12, 2013-1-5, 2008-1-6, 2009-1-1, 2004/20, 2007-1-6, 2003/16, 2012-74, 2013-1-9 ותקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) התשס"ט 2009, - נוסחו בפרקים הרלוונטיים באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזרי הביטוח שפורטו לעיל. כמו כן לא ייעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה.
24. "כפל ביטוח" היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות 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 אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.
25. (ב) בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
25. 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 המשמעות לטובת המבוטח/ים שהצטרף/ו הן ברצף ביטוחי והן כמבוטחים חדשים ו/או בעל הפוליסה, תוך הישענות על עיקרון כי ההסכם והפוליסה באו להוסיף על תנאי ההסכם והפוליסה הקודמים, ולהטיב את תנאי המבוטחים הכלולים בו ו/או שהצטרפו אליו וכן בעל הפוליסה.
26. החברה המבטחת מתחייבת ליידע ולעדכן את בעל הפוליסה ולהתאים את ההסכם והפוליסה לכל הנחיה כללית או ספציפית רלוונטית שפורסמה ותפורסם בעתיד על ידי המפקח על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר בנוגע לביטוחי בריאות ו/או סיעוד קולקטיביים.
27. למבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית ו/או פוליסה קיבוצית, 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 בהתאם לכיסויים החופפים שהיו למבוטח בפוליסה הקודמת.

28. למען הסר ספק, תביעה שאושרה בתקופת הביטוח ו/או משולמת לשיעורין כדוגמת, אך לא רק, תביעת תרופות, תמשיך להיות משולמת בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי, ללא קשר ובנוסף למוגדר כמקרה ביטוח בפרק הרלוונטי.
29. נספח ב' להסכם ולפוליסה, השרות SLA וכן נספח ז' נספח השיווק ושימור הלקוחות, מהווים חלק מהותי ותנאי מתלה לקיום הפוליסה וההסכם.
30. התיישנות תביעות: תקופת התיישנות של תביעה לתשלום / לקבלת תגמולי ביטוח היא חמש שנים מיום ביצוע הטיפול / הניתוח / הפרוצדורה הרפואית / קבלת התרופה.
31. למען הסר ספק, סכומי הביטוח הרלוונטיים עבור כל הכיסויים בפוליסה זו יהיו כדלקמן: הסכום הגבוה מבין סכומי הביטוח המפורטים בפוליסה זו או סכומי הביטוח הממודדים בפוליסה הקודמת.
32. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש או 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.
33. לפי סעיף 12 (ב) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 וסעיפים 6 (א)(ג)(ד) "מתן מסמכים למבוטח" לתקנות. (א) החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוזר עליהם המפקח;
- "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי - הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין החברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- (ג) חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווה שבין החברה ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- (ד) נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחווה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

34. על פי סעיף 12 (ב) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 בנושא צירוף מבטח -

(א) מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

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

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

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

(ב) סעיף משנה (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

(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 בלא בחינה מחודשת של - מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה ובכפוף לסעיף 3 ד' בפרק ההגדרות לעיל.

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

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

### 35. המשכיות

(א) בתום ההסכם ובכל במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא ו/או במקרה של פטירה ו/או במקרה של עובד שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין או בשל פרידה מידועה/בציבור, יהיו זכאים המבוטחים להמשיך להיות מבוטחים באחת משתי האפשרויות להלן, עפ"י שיקול דעתם הבלעדי:

(1א) בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית בחברה המבטחת, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר לפוליסה הקבוצתית.

(2א) התעריפים הינם התעריפים שהיו קיימים אצל החברה המבטחת לפוליסת בריאות באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה עפ"י סעיף א' לעיל, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 35% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה ובכפוף לאמור בסעיף א' לעיל, למשך 5 שנים ו-25% החל מהשנה השישית ואילך, לכל החיים.

## א

(ב) להמשיך להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה והסכם ברצף 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. דמי הביטוח בגין השנה הראשונה יהיו 120% מגובה דמי הביטוח עפ"י הסכם זה וכל עוד יהיו ההסכם והפוליסה בתוקף. התשלום יהיה באמצעות אמצעי גבייה אישי: כרטיס אשראי או הוראת קבע.

(ג) לגבי מרכיב הסיעוד בפוליסה, התעריפים בנספח ה' הינם התעריפים בהסכם זה והם שיחולו על המבוטחים.

(ד) החברה המבטחת תפנה בכתב לכל מבוטח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך עפ"י סעיף א' או ב' בתוך 180 ימים ממועד ניתוק יחסי עובד/מעביד כאמור ותאפשר לו לבחור במעבר לפוליסת המשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. כמו כן, למבוטח שיפנה למבטח תוך 180 יום ממועד הפסקת הביטוח, תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. קרי, המבטח חייב לשלוח הודעה בכתב על הפסקת הביטוח למען המבוטח, והמבוטח תוך 180 יום רשאי להחליט על בחירה במעבר לפוליסת המשך ממועד קבלת ההודעה של המבטח במענו.

סעיף זה נוסח באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

## 36. תנאי הצטרפות

### מבוטחים קיימים:

36.1 לפוליסה הכוללת את פרקים א' - יא' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה השירותים (SLA) יוצרפו כל המבוטחים הקיימים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3 (א) ו-(ד'), אשר היו מבוטחים בפוליסה הקודמת, 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.

### עובדים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם, גמלאים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם:

36.2 א) לפוליסה הכוללת את פרקים א' יא' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה השירותים - (SLA) יהיו רשאים להצטרף כל העובדים החדשים, בני/ות זוג וילדים, גמלאים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 (ב'), תוך 90 + 90 יום מיום זכאותם, 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.

ב) כל מי שהצטרף לאחר 90 + 90 יום אלו, ההצטרפות תבצע בכפוף לסעיף 36.3 ב' להלן.

עובדים קיימים, בני/ות זוג וילדיהם, גמלאים קיימים, בני/ות זוג וילדיהם: (שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת)

36.3 א) לפוליסה הכוללת את פרקים א' - יא' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה השירותים - (SLA) יהיו רשאים להצטרף עובדים קיימים, בני/ות זוג וילדיהם, שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת, וכן גמלאים קיימים, בני/ות זוג וילדיהם, שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 ב', במהלך "תקופת מבצע" ב - 90+90 הימים הראשונים מיום קבלת חוברות הפוליסה, 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.

ב) כל מי שלא הצטרף לפוליסה ב- 90 + 90 ימים אלו, יוכל לאחר מכן, להצטרף לפוליסה בכפוף לחריגים המופיעים בפרק הרלוונטי בלבד, במידה וקיימים, קרי סעיפים: 3.9 בפרקים א' 1-3, סעיף 3.7 בפרק ב' וסעיף 1.4.1.3 בפרק ג'.

#### כללי:

36.4 לפוליסה הכוללת את פרקים א' - יא' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף ילדים שגילם בכניסה לביטוח זה מעל גיל 30 ו/או בני/ות זוגם ו/או ילדיהם וכמו כן בני/ות זוגם ו/או ילדיהם של ילדים מתחת לגיל 30, באופן וולונטרי ובכפוף לסעיפים 36.2 א' ו-ב' לעיל.

36.5 מבוטחים שייולדו להם תינוקות ו/או נישאו ו/או הפכו לידועים בציבור במהלך תקופת הביטוח יהיו רשאים לצרף את ילדיהם החדשים ו/או בני זוגם לרובד החובה בפוליסה הכוללת את פרקים א' - ב' או לרובד המורחב בפוליסה הכוללת את פרקים ג' - י' במהלך 90 + 90 יום - מיום לידתם או חתונתם או מועד ההכרה כידוע בציבור, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או בתקופת אכשרה ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו. מי שלא יצרף את תינוקו או בן זוגו במהלך 180 הימים הראשונים כאמור, יוכל לעשות זאת לאחר מכן בכפוף ל 36.2 א' ו- ב'.

36.6 כל מבטוח יוכל לגרוע את עצמו מהפוליסה תוך 90 + 90 יום מזכאותו או 90 + 90 יום מיום קבלת חוברות הפוליסה, המאוחר מביניהם, ולקבל חזרה את הפרמיה ששולמה באופן רטרואקטיבי.

36.7 כל המבוטחים שיממשו את סעיף 36.6 לעיל ויבקשו להצטרף חזרה לפוליסה, יוכלו לעשות זאת בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

36.8 הרחבה וולונטרית של ביטוח מחלות קשות פרק יא': במנות של 10,000 ש"ח: את ההרחבה הוולונטרית יוכלו לרכוש כל המבוטחים אשר מבוטחים בפוליסה, בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

36.9 החברה המבטחת תודיע למבוטח במכתב דחייה / קבלה לביטוח, וזאת תוך 30 יום מהמועד בו חתם המבוטח ע"ג טופס הבקשה להצטרף לביטוח. היעדר הודעה מעבר לתקופה של 30 יום כאמור לעיל כמותה כאישור החברה המבטחת לקבלת המבוטח לביטוח בכיסוי מלא וללא חרגות.

36.10 כל מי שעונה על ההגדרה בסעיף 27 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.

## פרק א' 1 | השתלות

## 1.1. מקרה הביטוח:

השתלת איברים שבוצעה או תבוצע או הצורך בביצועה נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

## 1.1 השתלת איברים:

בגין השתלת איברים יהיה זכאי המבוטח לשיפוי מלא בגין לב, לב ריאה, אונת - ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, כבד, השתלת קרנית, השתלת מח עצם, לרבות, אך לא רק, השתלת מח עצם עצמית, אונת כבד, שחלה, מעי, תאי אב ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר ו/או מגופו של המבוטח וכל שילוב ביניהם, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר והשתלת איבר אחר או חלק מאיבר אחר במקומו אשר נלקח מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו או איבר מלאכותי, וכן והשתלת איבר מבע"ח (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"י הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או ארה"ב או האיחוד האירופי).

את ההשתלה רשאי המבוטח לבצע בארץ או בחו"ל. ובכפוף לחוק השתלת איברים התשס"ח 2008 ולחוזר ביטוח 1-1-2009 הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 3 לעיל.

1.1.1 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה 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 1,500,000 ש"ח 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, אך לא רק, אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום, עד 90 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 300 יום לאחר ביצועה. לרבות, אך לא רק, כל ההוצאות הכרוכות בטיפול הרפואי, באשפוז, בבדיקות, שירותי מעבדה לרבות, אך לא רק, ולא רק בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה שיידרשו, בתרופות ובטיפולים להם נזקק המבוטח.

- 1.3.3 תשלום עבור הוצאות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. לרבות, אך לא רק, כיסוי הוצאות הרפואיות הכרוכות באיתור התורם כולל הוצאות שהייה וטיסה לצורך איתור תורם עבור המבוטח ומלווה אחד. הכיסוי יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור האיבר והשגתו.
- 1.3.4 תשלום לצוות המנתח עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה ובמהלך האשפוז.
- 1.3.5 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח, ומלווה במלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל. לרבות, אך לא רק, 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. רופא מטעם המבוטח יחליט ע"פ מצבו הרפואי של המבוטח האם מצבו הרפואי מחייב לטוס במחלקה אחרת ו/או עם רופא מלווה ואז יינתן כיסוי למימון טיסה במחלקה הרלוונטית למצבו של החולה ולמלווה אחד.
- 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, אך לא רק, 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 והמושגת הינו ילד מתחת לגיל 21, יהיה התשלום עבור שני מלווים.
- 1.3.8 תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל ועד 150,000 ₪. ישולם בנוסף לסכומי הביטוח המפורטים בסעיף 1.2 לעיל.
- 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 500,000 ₪.
- 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, אך לא רק, 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 המבטחת למבוטח, בנוסף לכל גמלה ולכל פיצוי אחר, לו זכאי המבוטח עפ"י הפוליסה, גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן:
- 1.3.14.1 סך של 6,500 ₪ 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 החלמה לאחר השתלה, תשולם למושתל גם אם ההשתלה בוצעה בארץ.
- 1.3.14.4 במקרה של השתלת מח עצמות עצמית בארץ, יפצה המבטח את המבוטח בסך של 1,000 ₪ ליום בגין כל יום בו אושפז המבוטח ועד לסך של 14 ימי אשפוז.
- 1.4 מסלול 2 פיצוי בעד השתלת איברים לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות:**
- סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל. סכום הביטוח הינו 252,000 ₪.
- 1.4.1 מקרה הביטוח**
- 1.4.1 אבחנה מתועדת להתקיימות השתלת אברים כהגדרתה בסעיף 1.1 לעיל.
- 1.4.2 תשלום פיצוי בעד השתלת איברים, ייעשה בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל המעיד על רישומו של המבוטח, ובטרם ביצוע ההשתלה או במקרה והמבוטח אינו יכול להירשם במרכז הלאומי להשתלות, בכפוף למכתב מרופא מטעם המבוטח המעיד על הצורך בהשתלה, ובטרם ביצוע ההשתלה.
- 1.4.3 הזכאות לכיסוי להשתלות איברים, עפ"י פרק זה, יהא עפ"י סעיף 1.2 א עפ"י סעיף 1.4 עפ"י שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח.
- למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

## פרק א' 2 | טיפולים מיוחדים בחו"ל

### 2. מקרה הביטוח:

טיפול רפואי בחו"ל כהגדרתו שבוצע או יבוצע או הצורך בביצועו נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

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

2.1.1 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 ו/או המומחיות בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון ו/או המומחיות בביצועו בישראל, ו/או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.

2.1.2 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

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

2.2 החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין תשלומיו, בתוספת הטל חוקי שיחול על תשלומים במטבע חוץ, אם יחול. בגין הוצאות טיפול מיוחד בסכום מרבי של 792,000 ₪

### 2.3 תשלום בגין טיפול מיוחד יראו את התשלומים כדלקמן:

2.3.1 תשלומים כמפורט בסעיף 1.3 בפרק א' (1) לעיל, למעט סעיף 1.3.14, בשינויים כדלהלן:

2.3.1.1 בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד".

2.3.2 כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור לטיפול המיוחד, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.

\* למען הסר ספק, סכומי הביטוח ישולמו בנוסף לסכום הביטוח שהוגדר לעיל בסעיף 2.2.

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

2.3.4 כמו כן, ישולם בנוסף תשלום עבור טיפולי המשך בחו"ל הנובעים מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ועד תקרה של 150,000 ₪.

- 2.4 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.
- 2.5 למען הסר ספק, במידה ונדרשת נסיעה לחו"ל לצורך אבחון של הבעיה הרפואית, יכוסה האבחון, הטיפול (במידה ובוצע) וכל הבדיקות שיבוצעו במסגרת זו, יאושרו ויכוסו במסגרת פרק זה, בין אם המבוטח עבר או לא עבר טיפול מיוחד בחו"ל במסגרת אותה הנסיעה.
- למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.**

## פרק א' 3 | ניתוחים בחו"ל

### 3. מקרה הביטוח:

ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו או יבוצעו או הצורך בביצועם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

3.1 בגין ניתוחים בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי מלאה. לרבות, אך לא רק, כיסוי עבור: הוצאות אשפוז, תרופות, בדיקות אבחון ומעבדה, בדיקות פתולוגיות, טיפולי פיזיותרפיה, שתל, שכר אחות פרטית, שירותי הסעה באמבולנס וכן כל הוצאה אחרת במהלך האשפוז הקשורה ישירות לניתוח. למען הסר ספק, במידה ולא ניתן להעביר המבוטח לחו"ל לביצוע הניתוח בחו"ל מסיבות רפואיות או מכל סיבה שהיא, תשלם החברה המבטחת עבור הבאת המומחה מחו"ל לביצוע הניתוח בישראל.

3.2 בגין 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.

3.3 בנוסף לאמור, החברה המבטחת תכסה סכום חד פעמי בסך 54,000 ₪ בגין ההוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בניתוח בחו"ל ובמקרה של ילד עד גיל 21 סכום הביטוח החד פעמי יעלה ל- 90,000 ₪. למען הסר ספק, ביטוח זה יכלול הוצאות שהיה כגון, אך לא רק: הוצאות בגין לינה במלון או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים בתוספת הוצאות החלות על השוכר (גז, חשמל, מים) והוצאות כלכלה (אוכל ושתייה).

3.4 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 המתאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח.

כולל הוצאות העברה יבשתית מלאות ברכב יבשתי המתאם לעניין משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח ובחזרה עבור המבוטח ומלוויו.

**למען הסר ספק יכללו ההוצאות גם את ההוצאות בגין הצוות הרפואי.**

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

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

3.7 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

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

3.9 חריג זה הנו חריג ספציפי שחל אך ורק על העוגים להגדרה עפ"י סעיפים: 36.2 ב', 36.3 ב', 36.4 ו- 36.5 לפרק ההגדרות בפוליסה. להלן החריג:

החברה המבטחת לא תהיה אחראית לביטוח על פי פרק א' 3-1 לפוליסה זו, אם במועד בו ביקש המבוטח להצטרף לביטוח הייתה קיימת לגבי המבוטח המלצה כתובה וברורה לביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל ו/או ניתוח בחו"ל, המצוינת ומתועדת בכתב בתיק רפואי או במסמך רפואי כל שהוא. לכל מי שחריג זה רלוונטי לגביו, יבוטל בכל מקרה חריג זה באופן מלא לחלוטין בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה למבוטחים עד גיל 65. במקרה של מבוטחים מעל גיל 65 יבוטל החריג לאחר חצי שנה.

4. למען הסר ספק, ביחס לפרקים א' 3 - 1, במידה וספק השירותים אינו מקבל כתב התחייבות או העברות בנקאיות, ישולם הסכום למבוטח טרם יציאתו מהארץ, בכפוף לקבלת המסמכים הדרושים מספק השרות.

5. למען הסר ספק, החברה המבטחת תדאג למבוטח לביטוח נסיעות לחו"ל מקיף וכולל אשר יכסה גם את המצב הקיים בגינו נסע המבוטח, במסגרת פרקים א' 1 - א' 3 לעיל. למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

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

### 1. הגדרות:

- 1.1 **מקרה הביטוח** - שיפוי בגין עלות תרופה אשר ניטלה ניטלת או תינטל או הצורך בנטילתה נדרש או יידרש לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 1.2 **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי, שנועד לשם אבחון, ריפוא, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו לרבות, אך לא רק, הסימפטומים הרפואיים, לרבות, אך לא רק, מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה, לרבות, אך לא רק, בשל מחלה או תאונה.
- 1.3 **גדרת תרופה** נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 3 לעיל.
- 1.4 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי הוראת רופא, בצורה חד-פעמית או מתמשכת. הגדרת טיפול תרופתי נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 3 לעיל.
- 1.5 **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה המבטחת בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.
- 1.6 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה, בגין תרופה והמשתנה מעת לעת, עפ"י המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.
- 1.7 **חוק ביטוח בריאות ממלכתי** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, אוכל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.8 **בית מרקחת** - מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב לרבות, אך לא רק בית מרקחת הממוקם בבית חולים וחדרי תרופות כהגדרתם בפקודת הרוקחים התשמ"א 1981 (להלן: "נותן השרות").

### 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, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג' והתרופה רשומה באחת מהמדינות המפורטות לעיל למחלה כלשהי. לא תוחרג או יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.

ב. כמו כן כל תרופה הרשומה בסל שירותי הבריאות שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל התרופות כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח הדורש טיפול בתרופה זו בתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג' והתרופה רשומה באחת מהמדינות המפורטות לעיל למחלה כלשהי. 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

סעיף זה נוסח באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 3 לעיל.

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

ה. למען הסר ספק, תרופה המופיעה בסל הבריאות וקופת החולים מסרבת לממן מכל סיבה שהיא, תוכר במסגרת ביטוח זה. סירוב הקופה היא הזכות בפוליסה, במידה וסירוב הקופה ניתן בכתב, יהיה המסמך הכתוב אסמכתא לסירוב. במידה וסירוב הקופה לא יינתן בכתב, יהווה תצהיר המבוטח אסמכתא לסירוב הקופה.

- 2.1 **תביעות** - החברה המבטחת תשלם למבוטח או ישירות לנוותן השירות את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") (עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המצטברים כמפורט להלן):
- 2.1.1 החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד העברת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור, ו/או תשלם ישירות לנוותן השירות עבור התרופה.
- 2.1.2 הוצאות מוכרות: מוצהר ומוסכם כי ההתחשבויות 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.
- 2.1.3 בנוסף החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות ולא רק הזרקת התרופה מתן עירווי וכדומה בסכום שלא יעלה על 5,500 ₪ לכל סדרת טיפולים.
- 2.1.4 חבות החברה המבטחת על פי פרק זה תהיה לפי התנאים להלן:
- 2.1.4.1 ההוצאות הוצאו בפועל.
- 2.1.4.2 בגין תרופות למחלת הסרטן לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.
- 2.1.4.3 בגין שאר התרופות, החברה המבטחת תשלם את ההוצאות שהוצאו בפועלמעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 150 ₪ לחודש ולא יותר מסכום השיפוי המרבי, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, עבור כל מרשם נוסף אחר, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.
- 2.1.5 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 2,000,000 ₪ לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ד' לעיל, סכום הביטוח יעמוד על 400,000 ₪.

### 3. הגבלות לאחריות החברה המבטחת:

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



- 3.2 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או ב- FDA או ב- EMEA - הגבוה מביניהם.
- תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי ישולם על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה ב- FDA או ב- EMEA.
- 3.3 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים.
- 3.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 3.5 במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות.
- 3.6 תרופות ניסיוניות, למעט המופיע בסעיף 2 ג'.
- 3.7 חריג זה הנו חריג ספציפי שחל אך ורק על העונים להגדרה עפ"י סעיפים: 36.2 ב', 36.3 ב', 36.4 ו- 36.5 לפרק ההגדרות בפוליסה. להלן החריג:
- המבטח לא יהיה אחראי לביטוח על פי פרק ב' לפוליסה זו, לגבי מי שבמועד בקשת ההצטרפות לביטוח, השתמש או קיבל מרשם לשימוש בתרופה המכוסה עפ"י פרק זה.
- לכל מי שחריג זה רלוונטי לגביו, יבוטל חריג זה בכל מקרה באופן מלא לחלוטין בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה למבוטחים עד גיל 65. במקרה של מבוטחים מעל גיל 65 יבוטל החריג לאחר חצי שנה.
- למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

## פרק ג' | ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים

### 1. מקרה הביטוח:

ניתוח בארץ ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו או יבוצעו או הצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

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

### 1.2 הגדרת ניתוח:

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

ניתוח מפרק / משתל בהתאמה אישית - תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI ויצירת מפרק / משתל המותאם אישית לגופו של המנותח. שאיבת דיסק מכונית ללא פגיעה ברקמות הסמוכות בשיטת Hydrocision, בדיקות גסטרואנטרולוגיות לילדים בהרדמה כללית.

זריקות יורטוקן לקראת ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח במפרקים, בין היתר עקב פגיעות אורטופדיות ופגיעות ספורט.

למען הסר ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, לרבות, אך לא רק, טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו לעיל.

הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 3 לעיל.

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

## 1.3 תגמולי הביטוח:

## 1.3.1

## כיסוי משלים לשב"ן

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

מובהר כי מבוטח שאין ברשותו שב"ן, יכוסה כנקוב להלן בסעיף זה ובפרק זה ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן.

החברה המבטחת תשפה מבוטח בעל שב"ן באופן מלא, ע"פ פרק זה על כל מרכיביו ובהחזר מלא, לאחר שמיצה את מלוא זכויותיו במסגרת השב"ן שברשותו, וזאת לאחר שהחברה המבטחת פעלה עבורו באמצעות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) וזאת כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור. מובהר כי מבוטח שאין ברשותו שב"ן, יכוסה כנקוב להלן בסעיף זה ובפרק זה ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן.

והכול תוך תקופה שלא תעלה על 10 ימי עבודה מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי המבוטח לצורך ביצוע התשלום. מובהר בזאת, כי אי קיום נספח ב' להסכם ולפוליסה השירותים - (SLA), יקנה / יממש כיסוי כנקוב להלן ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן בהתאם לסעיף זה (1.3.1).

על פי סעיף 2 (ב) לחוזר המפקח 6-2007-1 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים: מבטח יציע במסגרת ההצעה למבוטח לרכישת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, אפשרות לרכוש הרחבה. ההרחבה תכלול כיסוי הכולל מעבר לכיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות) תוך מתן רצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה (להלן: "הרחבה לברות ביטוח"), בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

(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).

## שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי

## 1.3.2

החברה המבטחת תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס ו/או היטס רפואי 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.

- 1.3.3 התייעצות לפני ואחרי ניתוח:**
- א) החברה המבטחת תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני ניתוח ואחת אחרי הניתוח, ותשולם העלות במלואה, או תשפה את המבוטח בסכום זהה לסכום ששולם.
- \* למען הסר ספק, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בהתאם לאמור בסעיף זה, גם אם בעקבות התייעצות זו, יחליט המבוטח לא לבצע את הניתוח.
- ב) כל דרישה מצד המוסד הרפואי או הרופא המטפל לבדיקה מקדימה טרם הניתוח תכוסה לרבות וועדה מקדימה ועלותה, אך לא רק.
- 1.3.4 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 1,200 ₪.
- \* למען הסר ספק, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בהתאם לאמור בסעיף זה, גם אם בעקבות התייעצות זו, יחליט המבוטח לא לבצע את הניתוח.
- 1.3.5 הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח:**
- החברה המבטחת תשלם למבוטח או לבי"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז והניתוח כולל אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ו/או במחלקות ו/או ביחידות מקצועיות מכל סוג שהוא, או תחזיר הוצאות אלו למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע.
- 1.3.6 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, אך לא רק, בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות, אך לא רק, 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.
- 1.3.7 הוצאות במסגרת הניתוח והאשפוז ו/או לאחריו:**
- א. כיסוי מלא להוצאות בגין תרופות בבי"ח בעת הניתוח והאשפוז.
- ב. כיסוי הוצאות בדיקות אבחון ומעבדה בעת הניתוח והאשפוז ו/או אחריו.
- ג. כיסוי הוצאות טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום - לאחר ביצוע ניתוח, יינתן כיסוי על פי הוראת רופא מטעם המבוטח לטיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום עד 20 טיפולים לשנת ביטוח עד לסך 325 ₪ לטיפול.

- 1.3.8 תותבת - אביזר מושתל:**  
 הושתל במבוטח תותב כלשהו לרבות, אך לא רק, תומך ווסקולארי (סטנט) מכל סוג שהוא, לרבות, אך לא רק, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הדבקויות, אלדורם, שתל PSI לחומר גולגולתי, השתלת בלון לכתף (ו/או לאיברים אחרים), יצירת ושימוש במפרקים / משתלים בהתאמה אישית לגופו של המבוטח באמצעות תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI, למעט תותבת שיניים (להלן: **תותבת**). תשתתף החברה המבטחת בעלות התותבת הנ"ל עד לסך 60,000 ₪ בלבד לשנת ביטוח, לרבות אך לא רק, במקרה השתלת האביזרים הבאים: קוצב לב ו/או מפרק ירך, השתלת עצמימי שמע מלאכותיים, דפיברילטור תוך גופי ועדשות מכל סוג שהוא, לרבות אך לא רק, עדשה סקלרית ועדשת מולטיפוקל.  
 \* למען הסר ספק, סעיף זה יחול גם שלא לצורך ניתוח. הגדרת שתל נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 3 לעיל.
- 1.3.9 שכר אחות פרטי/ת בעת ולאחר הניתוח:**  
 החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות להעסקת אחות פרטי, סכום של עד 1,000 ₪ לכל יום אשפוז, לתקופה שלא תעלה על שמונה עשר (18) ימי אשפוז. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת או לחילופין המבוטח יספק הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח.
- 1.3.10 מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS:**  
 מבוטח אשר חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 200,000 ₪.
- 1.3.11 פיצוי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B:**  
 מבוטח אשר במהלך ניתוח או טיפול רפואי, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 60,000 ₪, ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח או הטיפול הרפואי.
- 1.3.12 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 ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או ההשתלה או האירוע כאמור עד לסך של 800 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על שניים עשר (12) ימי החלמה, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח, בכפוף להצגת חשבוניות מקוריות או העתק נאמן למקור.

- 1.3.13 **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 100,000 ₪. הפיצוי ישולם למי שהמבוטח קבע ובאין קביעה כזו ליורשיו החוקיים.
- 1.3.14 **התייעצות עם רופאים מומחים**  
 מבוטח יהיה זכאי, במקרה גילוי מחלה קשה: סרטן, אי ספיקת כליות, שבץ מוחי, התקף לב, עיוורון או נכות מלאה ותמידית, להחזר התייעצות עם רופא מומחה בתחום, עד לסך של 1,300 ₪ לשנת ביטוח.
- 1.3.15 **ביופסיות**  
 יכוסו ביופסיות מכל סוג שהוא שבוצעו באופן פרטי או יזום ע"י הרופא המטפל, מכל סיבה שהיא, באופן מלא כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור.

#### 1.4 חריגים:

- 1.4 **החברה המבטחת לא תהיה אחראית ולא תשלם עפ"י פרק זה כל תביעה הקשורה ב:**
- 1.4.1 **ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים, למעט ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים, לרבות כל הפרוצדורות המתבצעות במהלכן, שהינם המשך לטיפול/ניתוח מבעיה רפואית. לרבות ניתוחים כגון, אך לא רק: 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 כדוגמת, אך לא רק: בעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות ו/או בעיות גב, שיקום שד לאחר כריתת שד לרבות קעקוע רפואי, ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לקיצור/היצרות קיבה אצל מי שסובל מ BMI גדול מ 35 או בכל BMI אם סובל מסוכרת ו/או יתר לחץ דם ו/או גורמי סיכון אחרים, כמו כן, תיקון צלקות לאחר ניתוח ו/או לאחר כוויות ו/או ניתוח אף הקשור במערכת הנשימה, לא יחשב ניתוח קוסמטי על פי הוראות פוליסה זו.**
- 1.4.2 **טיפול 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.**
- 1.4.3 **חריג זה הנו חריג ספציפי שחל אך ורק על העונים להגדרה עפ"י סעיפים: 36.2 ב', 36.3 ב', 36.4 ב' ו- 36.5 לפרק ההגדרות בפוליסה.**

להלן החריג:

ניתוח אשר קיימת המלצה/תיעוד מתועד בתיקו הרפואי של המבוטח לפני מועד בקשתו להצטרף לביטוח.

לכל מי שחריג זה רלוונטי לגביו, יבוטל חריג זה בכל מקרה באופן מלא לחלוטין בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה למבוטחים עד גיל 65. במקרה של מבוטחים מעל גיל 65 יבוטל החריג לאחר חצי שנה.

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

## פרק ד' | ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים

### 1. מקרה הביטוח:

שירותים רפואיים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצוע ו/או בנתינתם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח אשר מטרתם בין היתר, אך לא רק, אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות.

**יינתנו השירותים הרפואיים הבאים הכוללים:**

#### 1.1 בדיקות אבחנתיות: (ללא קשר למופיע בסעיפים הרלוונטיים בפרק ג' לעיל

התשלום הגבוה מביניהם לבחירת המבוטח).

בדיקות אבחנתיות כגון, אך לא רק: בדיקות מעבדה כגון, אך לא רק: 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 WIRELESS ENDOSCOPY, EMG, EEG, פונקציונאלית (FMRI), (PAP) ממוגרפיה וכל בדיקה אחרת המבוצעת בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

החברה המבטחת תשלם למבוטח 85% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 6,500 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח. סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של 15,000 ₪.

#### **בדיקות דימות כגון, אך לא רק:**

- CARDIAC CT סריקה של הלב בסרוק חדשני 64 פרוסת
- המאפשר אבחון מדויק ומהיר של הצרויות בעורקי הלב - מבלי להחזיר צנתר!
- אבלציות AF - לטיפול בהפרעות קצב.
- קולונוסקופיה וירטואלית.
- חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה - חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום לבעיה הספציפית של הפענוח.
- שירות רדיולוג פרטי
- בחירת רדיולוג מומחה בתת תחום של בדיקות הדימות, פענוח הבדיקה, שיחת ייעוץ אישית במהלכה יוסברו התוצאות ושיחה של הרדיולוג עם הרופא המפנה.
- קפטולה למעינים - קפטולת וידאו לבדיקות המעינים הדקים Capsule Wireless Endoscopy
- positron emission tomography - C.T PET
- הדמיית בלוטות ממוחשבת לרבות, אך לא רק, מיפוי בלוטות לימפה
- תהודה מגנטית פונקציונלית - FMRI (Functional Imaging Magnetic Resonance)
- בדיקות גסטרואנטרולוגיות לילדים בהרדמה כללית
- הבדיקות כוללות בדיקות כגון, אך לא רק: בדיקות אנדוסקופיות, גסטרוסקופיה, קולונוסקופיה ופוליפקטומיות בהרדמה.



- טיפול ביוד רדיואקטיבי בין היתר לחולי סרטן בלוטת התריס
  - יוד רדיואקטיבי הניתן בקפסולה דרך הפה ו/או בדרכים אחרות.
  - מיפוי לאבחון מחלת פרקינסון.
  - גסטרו קוליני ברוכונוסקופיה
- 1.2 החזר הוצאות בגין כל הסעיפים המפורטים לעיל יינתן כנגד קבלה מקורית או נאמן למקור.
- 1.3 למען הסר ספק, בכל סעיף בפוליסה בו קיימת זכות נוספת לכיסוי שקיים בפרק זה, הכיסוי יינתן בנוסף לכיסוי הניתן בפרק זה.
- 1.4 הסמכות הקובעת את הזכאות בכל פרק זה, הינה רופא מטעם המבוטח.
- למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.**

## פרק ה' | טיפולים מחליפי ניתוח

### 1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1 מקרה הביטוח: טיפול מחליף ניתוח שבוצע ו/או יבוצע ו/או הצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 טיפול מחליף ניתוח - טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח ובתנאי כי ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין טיפולים חדשניים שאינם פולשניים המחליפים ניתוח כגון, אך לא רק: טיפולי הזרקות לדליות ברגליים, טיפולי לייזר נמוך עוצמה, טיפולים באלקטרודות מסוג RADIO FREQUENCY, ביצוע פעולה לריסוק אבני כליה באמצעות גלי ה-EXWL, השתלה תוך גופית של כדורים רדיואקטיביים לטיפול במחלת סרטן, טיפול חדשני להקלת כאבים במפרק הירך, טיפול לסובלים מכאבים במפרק הירך בשל OSTEOARTHRITIS, הזרקת חומר טבעי בהנחיית אולטרא סאונד בשיתוף אורטופד, HIFU טיפול באמצעות גלי קול בסרטן הערמונית, זריקות יורטוקן לקראת ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח במפרקים, בין היתר עקב פגיעות אורטופדיות ופגיעות ספורט.
- 1.3 סכום שיפוי מרבי - גובה תגמולי הביטוח שתשלם החברה המבטחת בגין הטיפול החלופי כאמור בפרק זה להלן.
- 1.4 נותן הטיפול החלופי - רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה.
- 1.5 נותני שירות - נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה.
- 1.6 למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

### 2. התחייבות החברה המבטחת:

- 2.1 אם יבחר המבוטח הנדרש לעבור ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו לקבל טיפול חלופי, תשפה החברה המבטחת את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהלן שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח, וזאת עד לתקרת השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:
- 2.2 ההוצאות הרפואיות עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגינן זכאי המבוטח לשיפוי מאת החברה המבטחת הן כגון, אך לא רק: 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.
- 2.3 הטיפולים יינתנו בבית חולים או מרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) אשר רשומה כדין בפנקס המרפאות.
- 2.4 נותן הטיפול החלופי יהיה רשאי על פי החוק לתת את הטיפול החלופי ובמקרים בהם נדרש רישוי כלשהו לשם כך יהא נותן הטיפול החלופי והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול החלופי בעלי רישוי מתאים.

- 2.5 ביצוע על ידי נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה המבטחת תכסה את מלוא עלות נותני שירות הטיפול החלופי שבהסכם, בכפוף לתקרת השיפוי המרבי על פי האמור להלן (בסעיף 3 תת סעיף 3.1).
1. ביצוע על ידי נותני שירות שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות שהוצאו בפועל ובכפוף לתקרת השיפוי המרבי על פי האמור להלן. (בסעיף 3 תת סעיף 3.1).

### 3. סכום השיפוי המרבי:

- 3.1 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין מקרה הביטוח על פי נספח זה יעמוד ע"ס של 220,000 ₪ (מאתיים ועשרים אלף ₪).
- 3.2 הטיפול החלופי יינתן בישראל או בחו"ל. סכום הביטוח בחו"ל יהיה 200% מהעלות בארץ.
- 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.

**למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.**

## פרק ו' | חוות דעת נוספת מחו"ל

- מקרה הביטוח**  
מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית נוספת בכל תחום רפואי.
- הכיסוי**  
הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות.
- סכום הביטוח**  
השיפוי בגין חוות דעת שנייה שניתנה על ידי רופא/ רופאים מחו"ל יהא 6,480 ₪ ובהשתתפות עצמית של 20%.  
למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום

## פרק ז' | שירות רופא עד הבית ו/או המשרד ושירותי מרפאה

1. המבוטח יהא זכאי לקבל שירות רפואי על ידי רופא כמפורט להלן:
    - מסירת אנמנוזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמבוטח.
    - בדיקה גופנית של המבוטח לרבות, אך לא רק, שימוש במכשירים המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, קרדיו פון, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
    - קביעת אבחנה רפואית.
    - קבלת תרופות ראשוניות לתקופה של 48 שעות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
    - קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
    - הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/לרופא ילדים, המטפל במבוטח באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
    - הפניית המבוטח לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא מתן תעודה רפואית.
    - פינוי חינום באמבולנס - במקרה שהרופא שבדק את המבוטח בעקבות קריאתו לקבלת שרות, יחליט על פינוי באמבולנס, ישולם למבוטח ע"י החברה המבטחת סכום הפינוי באמבולנס כנגד קבלה מקורית או העתק נאמן למקור בצירוף תצהיר המבוטח.
  2. המנוי יהיה זכאי לשירותי ביקור בית של רופא, בתיאום עם המוקד, בעלות של 25 ₪ בלבד.
  3. השירות יינתן 24 שעות ביממה כל השנה בכל רחבי הארץ ובזמינות של עד שעתיים ממועד הודעת המבוטח. הרופא יהיה מצויד בציוד ובתרופות לטיפול בסיסי בבית המבוטח ובסיומו של הביקור יונחה המבוטח ע"י הרופא לגבי המשך הטיפול ויצויד בתרופות לתקופה של 48 שעות.
  4. מבוטח הנזקק לשירות יופנה לקבלת שירות ביקור רופא באחד ממוקדי שירות ביקור רופא המופעלים ע"י נותן השרות הנמצא בסמוך למקום הימצאו, וזאת בכפוף לדמי ההשתתפות עצמית בסך 15 ₪ בלבד עבור כל ביקור במרפאה, והכול לפי בחירת המבוטח. בחר המבוטח לקבל את השירות הרפואי במוקד הרפואי, יגיע המבוטח למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבונו.
- שירותי המרפאה יינתנו בתחומים הבאים, אך לא רק: רפואת משפחה וילדים, בדיקות רפואיות, מתן טיפול תרופתי ל- 48 שעות, מתן זריקות הורמונים לבעיות פוריות, חבישת פצעים והפניה לבית החולים במידת הצורך.

## פרק ח' | ביטוח סיעודי

הפרק יהיה בתוקף עד למועד 31.12.2014 ובכפוף להוראות המפקח.

### 1. הגדרות מיוחדות

#### 1.1 מוטב

המבוטח, או מי שנקבע על ידי המבוטח לקבל את תגמולי הביטוח עבורו ו/או במקומו.

#### 1.2 תאונות

נזק גופני בלתי צפוי מראש הנגרם במשך תקופת הביטוח במישרין ע"י אמצעי אלימות חיצוניים וגלויים לעין, אשר מהווה ללא כל תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית להיות המוטב במצב מזכה.

#### 1.3 מצב מזכה - אחד משני האירועים המצוינים להלן:

##### (א) אירוע א'

מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או של לפחות 2 מתוך 6 הפעולות הבאות ובתנאי מפורש שאחת מהן היא לשלוט על הסוגרים:

1. לקום ולשכב

2. להתלבש ולהתפשט

3. להתרחץ

4. לאכול ולשתות

5. לשלוט על הסוגרים

6. ניידות

#### 1.1 לקום ולשכב

יכולתו העצמאית של המוטב לעבור ממצב שכיבה לשיבה ולקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.

#### 2. להתלבש ולהתפשט

יכולתו העצמאית של מוטב ללבוש ולפשוט פרטי לבוש מכל סוג, ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.

#### 3. להתרחץ

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

#### 4. לאכול ולשתות

יכולתו העצמאית של מוטב להזין את גופו, בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה אך לא אכילה בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.

**5. שלוט על הסוגרים**

יכולתו העצמאית של המוטב לשלוט על פעולת המעיין ו/או על פעולת השתן.

אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל: שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה בסוגרים.

**6. ניידות**

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

או:

**ב) אירוע ב'**

מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב אשר עקב "תשישות נפש" שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח. לעניין זה, "תשישות נפש" פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המוטב וירידה ביכולתו - האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן על פי קביעת רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח, שסיבתה במצב בריאותי כגון, אך לא רק: אלצהיימר, ו/או בצורות סניליות ו/או בצורות דמנטיות שונות.

ג) כבעל צורך סיעודי ייחשב גם מבוטח שמצבו הסיעודי כהגדרתו בסעיף 1.3 (א) לעיל נובע מטיפולים כימותרפיים אותם הוא קיבל או מקבל. המבוטח יהיה זכאי לפטור מתקופת המתנה ויקבל את גמלת הסיעוד החל מהחודש הראשון להיותו מוגדר כבעל צורך סיעודי. מובהר כי הכיסוי הסיעודי במקרה זה ישולם גם אם המבוטח מאושפז בבית חולים.

**1.4 תגמול סיעודי:**

בקורות מקרה הביטוח כאמור בסעיף 1.3 לפרק זה המבוטח יהיה זכאי לסכום פיצוי חודשי כדלהלן:

1.4.1 סכום פיצוי חודשי בסך 9,100 ₪ לחודש, אשר ישולם לאחר תקופת

המתנה, לתקופה שלא תעלה על 96 חודשים. בנוסף, לאחר 60

חודשים תשולם גמלה חודשית נוספת בסך 2,700 ₪ לתקופה שלא

תעלה על 96 חודשים.

מובהר בזאת כי התגמול הסיעודי יופסק אם חס וחלילה נפטר המבוטח במהלך תקופת תשלום התגמול הסיעודי.

## 2. תקופת המתנה

תקופת המתנה בגין מקרה ביטוח היא בת 30 יום. מובהר בזאת כי תקופת ההמתנה בקרות מקרה הביטוח, תכלול אף את ימי האשפוז בבית חולים רגיל ובמחלקת שיקום. למרות האמור לעיל, במידה והמוטב לא מיצה את מלוא תקופת התגמול הסיעודי, וחזר להיות במצב מזכה, לא תחול לגביו תקופת המתנה נוספת.

## 3. ויתור על תשלום דמי ביטוח

המוטב ו/או בעל הפוליסה יהא משוחרר מתשלום דמי הביטוח בגין הפוליסה כולה, במשך תקופת תשלום התגמול הסיעודי על ידי החברה המבטחת.

## 4. שיפוי מיוחד לשיקום

המבוטח יהיה זכאי להחזר של עד 70% מהוצאות שיקום, שיש בהם כדי לשפר ו/או לשמר את מצבו התפקודי ועד לתקרה של 37,000 ש. הוצאות בגין שיקום יכללו: טיפולים רפואיים ו/או שיקומיים, אשר יש בהם על פי חו"ד רופא שיקומי או רופא גריאטרי מטעם המבוטח, כדי לסייע למבוטח לשפר ו/או לשמר את מצבו התפקודי. מובהר בזאת, כי השיפוי הנ"ל לא יקוזז מן התגמול הסיעודי.

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.



## פרק ט' | רפואה משלימה

### 1. הגדרות לפרק זה:

"טיפול אלטרנטיבי" - טיפול במצבים בריאותיים על ידי שימוש בדוגמאות שיטות הטיפול המפורטות להלן.

#### 1.1 תחומי רפואה משלימה שיכוסו על פי פוליסה זו:

- 1.1.1 "כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.
- 1.1.2 "רפלקסולוגיה" - שיטת טיפול ייחודית הנעשית דרך לחיצות בכפות הרגליים.
- 1.1.3 "שיאצו" - שיטת טיפול ייחודית המאופיינת באמצעות לחץ בעזרת האצבעות.

### 2. מקרה הביטוח:

טיפול אלטרנטיבי שבוצע ו/או יבוצע ו/או שהצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

### 3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח:

סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 80% מההוצאה ועד 230 ₪ לכל טיפול. סכום השיפוי המרבי הכולל שתשלם החברה המבטחת למבוטח על פי פרק זה לא יעלה על 3,250 ₪ לכל שנת ביטוח.

הזכאות לטיפול הינה כנגד המצאת הפניה של רופא המשפחה או רופא מומחה לקבלת הטיפול המבוקש.

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

## פרק י' | נכות תעסוקתית כתוצאה מתאונה

### 1. הגדרות

- 1.1 **תאונה** - היזק ו/או חבלה גופנית בלתי צפוי מראש הנגרם במהלך תקופת הביטוח במישרין ע"י גורם חיצוני וגלוי לעין אשר מהווה, ללא כל תלות בכל סיבה אחרת, את הסיבה היחידה, הישירה והמיידית לנכותו התעסוקתית של המבוטח. כולל סיכון מלחמה פסיבי.
- 1.2 **נכות תעסוקתית זמנית / קבועה** - נכותו התעסוקתית המוחלטת ו/או החלקית של המבוטח לבצע כל עבודה שהיא, הנובע על פי ממצאים רפואיים, עפ"י רופא מטעם המבוטח, מתאונה שאירעה למבוטח במהלך תקופת הביטוח.
- 1.3 **פיצוי יומי** - סכום התגמול הביטוחי לפיצוי יומי של 75 ₪ לתשלום במקרה של נכות תעסוקתית.
- 1.4 **תקופת המתנה** - 14 ימים רצופים מיום תחילת הנכות התעסוקתית, במהלכם לא תשלם החברה המבטחת פיצוי יומי כלשהו למבוטח.

### 2. התחייבות המבטח

#### 2.1 פיצוי יומי

- 2.1.1 **פיצוי יומי במקרה של נכות תעסוקתית מוחלטת עקב תאונה**  
 החברה המבטחת תשלם למבוטח במקרה של נכות תעסוקתית מוחלטת פיצוי יומי, בניכוי תקופת ההמתנה, ולמשך תקופה שלא תעלה על 104 שבועות.
- 2.1.2 **פיצוי יומי במקרה של נכות תעסוקתית חלקית עקב תאונה**  
 החברה המבטחת תשלם למבוטח פיצוי יומי בגין נכות תעסוקתית חלקית, בניכוי תקופת ההמתנה, למשך תקופה שלא תעלה על 360 ימים כדלהלן:  
 היה המבוטח מסוגל לעבוד לא יותר מ- 4 שעות ביום, יקבל 50% מהפיצוי היומי. היה המבוטח מסוגל לעבוד לא יותר מ- 6 שעות ביום, יקבל 25% מהפיצוי היומי.
- 2.1.3 **פיצוי יומי במקרה של נכות תעסוקתית כתוצאה מתאונה שגרמה היזק לעמוד** - השדרה החברה המבטחת תשלם פיצוי יומי בגין נכות תעסוקתית, בהתאם לכיסוי בפרק זה ובניכוי תקופת ההמתנה, ובתנאי שממצא זה אושר ע"י רופא מטעם המבוטח.

3. חריגים והגבלות לחבות החברה המבטחת  
 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לשלם פיצויים כלשהם עפ"י פרק זה בגין תביעות  
 הנובעות מ ו/או הקשורות ב -

- 3.1 אלכוהוליזם או שימוש בסמים (למעט עפ"י הוראת רופא).
- 3.2 הפרעות נפש ו/או מחלת נפש, אלא אם אושפז המבוטח בבי"ח.
- במקרה זה הפיצוי ישולם לתקופה שלא תעלה על 360 יום.
- 3.3 פציעה עצמית מכוונת בין שהמבוטח שפוי ובין אם לאו.
- 3.4 אגרופ, האבקות, וכל סוגי קרב מגע למיניהם, החלקה בסקי (מים או שלג) דאייה,  
 צניחה, פעילות ספורטיבית במסגרת אגודות ספורט, צלילה בעזרת מכשירים.

#### 4. אי כושר חוזר

שולם למבוטח פיצוי יומי ותוך 12 חודשים מיום הפסקת תשלום פיצוי כאמור, חזר  
 המבוטח למצב של נכות תעסוקתית בשל אותה תאונה בגינה קיבל כבר פיצוי יומי, לא  
 יהיה חייב בתקופת המתנה נוספת.

## פרק יא' | נספח עזרה

1. נספח זה מהווה חלק בלתי נפרד מפוליסת ביטוח בריאות קולקטיבית לעובדים.
2. מוסכם בזה, על יסוד ההצעה וההצהרות שנמסרו ע"י "בעל הפוליסה" ו/או המבוטח ובתנאי מפורש שהפרמיות שולמו כסדרן, החברה תגיש למוטב כמוגדר להלן את השירותים הרפואיים שלהלן, על בסיס ההגדרות המופיעות להלן ובתנאי הפוליסה לה צורף נספח זה, ומתאריך כניסת נספח זה לתוקף.
3. **המוטב:**
  - מוטב על פי נספח זה הנו האדם אשר נתקיימו בו כל התנאים הבאים ביחד:
    - א. הנו בן משפחה קרוב של מבוטח בביטוח לעובדי "בעל הפוליסה" ובני משפחותיהם.
    - ב. המוטב אינו זכאי לכיסוי על פי הפוליסה הקולקטיבית.
    - ג. הביטוח על פי הפוליסה אליה צורף נספח זה, הנו בתוקף.
    - ד. בן משפחה קרוב, לעניין זה משמעו: אישה, בעל, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, חם, חמות.
4. **זכות שימוש בהסכמי החברה:**

כל מוטב יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הכלולים בפוליסה במחירים המיוחדים על פי ההסכמים של החברה עם נותני השירותים השונים ובלוחות הזמנים בהם ניתנים השירותים למבוטחי החברה אצל נותני השירותים.
5. **טיפול אדמינסטרטיבי וכספי:**

החברה תשלם ישירות לנותן השירות הנמצא בהסכם עמה, או תשיב למוטב את התשלומים ששילם לנותן השירות עד גובה הסכום ששולם בפועל, כנגד חתימת המוטב על כל המסמכים הנדרשים למתן ההלוואה, לשביעות רצון החברה.
6. **הסכם מימון:**

את כל הפרטים בנוגע לסכום ההלוואה, תקופת ההלוואה, החזר ההלוואה, בטחונות להלוואה, הצמדה וריביות ניתן לקבל ישירות מחברת הביטוח.
7. **החזר הוצאות:**

למבוטח ו/או למוטב נשמרת הזכות לפנות לקופת החולים בה הוא חבר, או לכל גורם אחר לקבלת השתתפותם בהוצאות הרפואיות ששולמו על הסדר זה.

## פרק יב' | הרחבה וולונטרית מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים

פרק זה כולל כיסוי ביטוחי למחלות קשות או אירועים חמורים, לפי קבוצת מחלות - כמו כן פרק זה מאפשר להמשיך את התנאים גם למקרי ביטוח נוספים מקבוצות ביטוח נוספות, קרי - במיזוי קבוצה ראשונה עומדת זכות נוספת בשאר הקבוצות. לאחר מיזוי באחת הקבוצות פג התוקף של כסוי אותה הקבוצה. סכום הביטוח לכל אחת מהקבוצות הינו במנות של 10,000 ₪ עפ"י סכום הביטוח שנרכש ע"י המבוטח.

### 1. מקרה הביטוח

המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח על פי פרק זה, בעת גילוי אחת המחלות ו/או קרות אירועים רפואיים חמורים/כמפורט להלן ומזכה את המבוטח בסכום הביטוח ובכפוף לאמור להלן.

• למען הסר ספק, הסמכות שקובעת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

#### 1.1 קבוצה ראשונה

##### 1.1.1 אי ספיקת כליות סופנית - (END STAGE RENAL FAILURE)

חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להימודיאליזה או לדיאליזה תוך - צפקית (פריטונאלית) או לצורך בהשתלת כלייה.

##### 1.1.2 אי ספיקת כבד פולמיננטית - (FULMINANT HEPATIC FAILURE)

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המטבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי הכבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות והמאופיינות על ידי חלק מהסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה של נפח הכבד.
2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכה בהיסטולוגיה.
3. ירידה חדה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 1-5 ו-7.
4. צהבת, מעמיקה.
5. אנצפלופטיה כבדית.
6. דמום בלתי נשלט.
7. אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטו רנאלית.

הגדרת המחלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 1-6-2013 עריכת תוכנית מחלות קשות ובכפוף לסעיף 3 לעיל.

##### 1.1.3 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 על ידי בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי או היפרספלניזם.
- 1.1.4 **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 בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי או השתלה עצמית, עקב הפסקת תיפקודו של אותו איבר.
- 1.1.5 **טרשת נפוצה - (MULTIPLE SCLEROSIS)**  
 דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה, האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית לאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), והוכחה בבדיקת MRI לפגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה מטעם המבוטח.
- 1.1.6 **תשישות נפש**  
 פגיעה בפעילות הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן על פי קביעת רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח, שסיבתה במצב בריאותי כגון, אך לא רק: אלצהיימר ו/או בצורות סניליות ו/או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
- 1.1.7 **פרקינסון**  
 האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה מטעם המבוטח, כמחלת פרקינסון.
- 1.1.8 **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, אך לא רק: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה מטעם המבוטח.

- 1.1.9 **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.
- 1.1.10 **ניוון שרירים מסוג - (AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS) ALS**  
עדות לפגיעה משולבת בנוירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה מטעם המבוטח.
- 1.1.11 **פגיעה מוחית - (BRAIN DAMAGE)**  
פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר גרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נוירולוג מומחה מטעם המבוטח בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות (GLAZGO COMA SCALE).
- 1.1.12 **דלקת מוח - (ENCEPHALITIS)**  
דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה מטעם המבוטח, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך.
- 1.1.13 **דלקת חיידיקית של קרום המוח - (BACTERIAL MENINGITIS)**  
דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה מטעם המבוטח, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך.
- 1.1.14 **מחלת ריאות כרונית חסימתית - (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)**  
מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע, על ידי שני הקריטריונים הבאים:  
1. נפח 1 FEV 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.
- 1.1.15 **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.

<p><b>צפדת (טטנוס) - (TETANUS)</b>  מחלה הנגרמת על ידי חיידק CLOSTRIDIUM TETANY, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.</p>	<p>1.1.16</p>
<p><b>קבוצה שניה 1.2</b></p>	
<p><b>התקף לב חריף/אוטם חריף בשריר הלב - (ACUTE CORONARY SYNDROME)</b>  נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיותך ע"י אחד מתוך ארבעת הקריטריונים הבאים:  1. כאבי חזה אופייניים.  2. שינויים חדשים ב- א.ק.ג. האופניים לאוטם.  3. עליה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים.  4. אבחנה של אוטם חריף בשריר הלב תיתמך בבדיקות הביוכימיות המבוצעות בבתי החולים או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות.</p>	<p>1.2.1</p>
<p>הגדרת המחלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 6-1-2013 עריכת תוכנית מחלות קשות ובכפוף לסעיף 3 לעיל.</p>	
<p><b>ניתוח מעקפי לב - (CABG)</b>  ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.</p>	<p>1.2.2</p>
<p><b>ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב - (SURGERY FOR VALVE REPLACEMENT OR REPAIR)</b>  ניתוח לב פתוח ו/או תיקון מסתמי לב בפרוצדורה אחרת לשם תיקון או החלפה של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי. הכותרת של ההגדרה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 6-1-2013 עריכת תוכנית מחלות קשות ובכפוף לסעיף 3 לעיל.</p>	<p>1.2.3</p>
<p><b>ניתוח אבי העורקים - (AORTA)</b>  ניתוח ו/או פרוצדורה של בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.</p>	<p>1.2.4</p>
<p><b>שבץ מוחי - (CVA)</b>  כל ארוע מוחי (צברווסקולרי), 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 6 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה מטעם המבוטח.</p>	<p>1.2.5</p>



## 1.3 קבוצה שלישית

## 1.3.1 סרטן - (CANCER)

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

**מקרה הביטוח אינו כולל:**

1. מחלות עור מסוג: BASAL CELL-1 HYPERKRATOSIS CARCINOMA
2. מחלות עור מסוג: SQUAMOUS CELL CARCINOMA, אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
3. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה - AIDS.

1.3.2 **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש - (AIDS)**

נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבוסח, שנגרמה לאחר תחילת הביטוח.

1.3.3 **אנמיה אפלטטית חמורה מסוג SEVERE AA - (APLASTIC ANEMIA SEVERE AA)**

כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלטטית 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.

1.3.4 **גידול שפיר של המוח - (BENIGN BRAIN TUMOR)**

תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת MRI או CT.

## 1.4 קבוצה רביעית

1.4.1 **שיתוק (פרפליגיה קוודריפלגיה) - (PARALYSIS)**

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

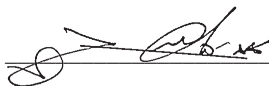
- 1.4.2 **פוליו (שיתוק ילדים) - (POLIOMYELITIS)**  
שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 1.4.3 **איבוד גפיים - (LOSS OF LIMBS)**  
איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.
- 1.4.4 **עיוורון - (BLINDNESS)**  
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה מטעם המבוטח.
- 1.4.5 **כוויות קשות - (SEVERE BURNS)**  
כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 1.4.6 **אילמות, אובדן דיבור - (LOSS OF SPEECH)**  
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- 1.4.7 **חירשות - (DEAFNESS)**  
אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה מטעם המבוטח ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

## כתב התחייבות של בעל הפוליסה

בעל הפוליסה: התעשייה הצבאית לישראל בע"מ - תעש (ח.פ. 520037581)  
כתובת: שד' ביאליק 64 רמת השרון 47100

בהתאם להוראות תקנה 3 (א) (1) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט 2009 ובהתאם להוראות תקנה 6 לתקנות הפיקוח על - שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח אובדן כושר עבודה קבוצתי) התשס"ז - 2006, הריני הח"מ, בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת כי לעניין היותי בעל הפוליסה בפוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי התעשייה הצבאית לישראל בע"מ (תעש), הנני פועל באמונה ושקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין ולא תהיה לי כל טובת הנאה מהיותי בעל הפוליסה.

בעל הפוליסה:



## נספח ב' - השירותים (SLA)

א. תוך 30 יום מיום חתימת הפוליסה מתחייבת החברה המבטחת להפיץ לכל המבוטחים חוברות פוליסות, והכול לפי הרישא של סעיף 10 להסכם ובנוסף לכל הנדרש בסעיף 10.2 להסכם, לרבות צירוף טפסי הצטרפות לבני המשפחה בתוספת דברי הסבר על עיקרי הפוליסה והשירותים עפ"י תקנות גילוי נאות, דפי מידע לעובד ולבני משפחתו, אשר מפרטים את תנאי הפוליסה החדשה, הטיפולים שמכוסים ופירוט על הליך כניסת בני משפחה לביטוח. החברה המבטחת תנפיק חוברת מידע וכן תספק תרגום לכל החומרים שפורטו לעיל. החברה המבטחת תישא במלוא עלויות הפקת החוברות לרבות הפצה ודיזור החוברות. במידה ויחולו שינויים בפוליסה במהלך תקופת הביטוח, תשלח החברה המבטחת חוברות חדשות לכל המבוטחים ותישא בעלויות כאמור לעיל.

1. טרם הפצת דפי המידע והחוברת הנ"ל על החברה המבטחת לקבל את אישור "בעל הפוליסה" לגבי נוסח הדברים.

2. החברה המבטחת תקים מוקד ספציפי וייעודי שלא יחובר לנתב הכללי של החברה ותקצה קו ייעודי חינם שמשפרו 1-700-700-453 ו-2 נציגי שירות ייעודיים, ספציפיים, קבועים ומקצועיים אשר יענו: "תעש לבריאות שלום", יטפל בלעדית במבוטחי "בעל הפוליסה" וייתנו מענה לכל פניה של המבוטחים (להלן: "מוקד תעש"). מוקד תעש יפו יפעל 24 שעות ביממה. "מוקד תעש" מתחייב לתת מענה מהיר במיוחד לפניות המבוטחים ולדאוג שזמני ההמתנה יהיו קצרים והכול בכפוף לסעיף 5 להלן. החברה המבטחת תקצה נציג מצוות תביעות, אשר יהיה זמין לקבל את פניותיהם הדחופות של צוות "מוקד תעש" וכן של נציגי העובדים.

3. החברה המבטחת תשלח נציג להרצאות בנושא עפ"י החלטת בעל הפוליסה, ללא קשר למחויבות בסעיף 10.2 להסכם.

4. בנוסף, 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, ובתיאום מראש, בכל בקשה של המבוטחים ובני משפחותיהם, לרבות השירותים להם זכאים מכורח ההסכם, הפוליסה ונספח זה (SLA).

## ב. דרישות טכניות תנאי סף

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

- ג. השירותים הנדרשים במסגרת המערך למתן מידע ומימוש זכויות - תנאי סף**
1. מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי כיסויים הקיימים במסגרת קופת החולים בה חבר המבוטח בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
  2. מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) בה מבוטח העובד בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
  3. מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים בפוליסה בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח.
  4. מתן מידע והכוונה מעשית בפועל לגבי הדרך הנכונה והיעילה לניצול נכון ומרבי של הכיסויים בהסתמך על הביטוחים והכיסויים שברשות המבוטח.
  5. מתן מידע כללי (לא הנחיות לטיפול אלא הסברים ומידע בלבד) בכל הקשור למחלות, תרופות ובדיקות אשר ניתנו למבוטח על ידי רופא אשר אצלו ביקר.
  6. מידע שוטף ומתן הנחיות לגבי הכנות שקיבל המבוטח לבצע לקראת ביצוע בדיקות או צילומים אשר עליו לעבור לרבות מתן הסבר ע"י רופא המוקד.
  7. איסוף מידע אינטרנטי לגבי מחלות, תרופות ודרכי טיפול והעברת זה לידי המבוטח ללא נקיטת עמדה רפואית / מקצועית.
  8. מתן מידע שוטף לגבי תרופות, תופעות לוואי, התוויות נגד וכדומה לרבות מתן הסבר ע"י רופא המוקד.
  9. מתן מידע בנוגע להגשת חומר לביטוח הלאומי לצורך הכרה באחוזי נכות.
  10. מתן מידע בנוגע להגשת תביעה למס הכנסה לצורך קבלת זיכוי מס על רקע המחלה או הניתוח.
  11. "מוקד תעש" יסייע למבוטחים במילוי 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 שיסופק ע"י החברה המבטחת למבוטחים.
  12. החברה המבטחת ו"מוקד תעש" 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.
  13. התחייבות החברה המבטחת ו"מוקד תעש" לסיוע עפ"י הסכם ופוליסה אלו, הם חלק בלתי נפרד מתנאי ההסכם ומקבל הסיוע לא יחויב בכל תשלום בגין הסיוע הנ"ל.
  14. 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.
  15. סיוע רפואי מידי במקרה חירום.
  16. מוקד השירות יהיה מאויש ע"י רופא ואנשי מקצוע במשך 6 ימים בשבוע בין השעות 8:00 עד 20:00.

## ד השירותים הנדרשים במסגרת מערך ניהול הפוליסה - תנאי סף

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

## ה השירותים הנדרשים במסגרת המערך לסילוק תביעות יעיל - תנאי סף

1. "מוקד תעש" יקבל את מסמכי התביעה הנדרשים לסילוק התביעה ויאשר למבוטח את קבלתם בדואר בפקס או באי מייל כפי שסוכם בין המבוטח ל"מוקד תעש".
2. "מוקד תעש" יבחן את החומר הרפואי על פי הנחיות חברת הביטוח ותנאי הפוליסה. "מוקד תעש" מתחייב כי משך הבחינה לא יעלה על 48 שעות ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהמבוטח.
3. אם יידרש ניהול תביעה משולב עם קופת החולים בה חבר המבוטח, או הביטוח המשלים או חברת ביטוח אחרת, יפעל "מוקד תעש" מול הגורם המבטח הנוסף על מנת לסלק את התביעה במשותף.
4. לצורך ניהול התביעה המשותף יחתום המבוטח על ייפוי כוח לטובת "מוקד תעש" המסמיך אותו לפעול בשמו מול כל מבטח נוסף לרבות (אך לא רק) קופת חולים, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבוטח, ייפגש נציג "מוקד תעש" עם המבוטח במשרדי החברה המבטחת, יסביר לו על ייפוי הכוח ויסייע לו במילוי הטופס.
5. בזמן תביעת ניתוח בארץ יצורפו: א) במקרה של פיצוי: הנוסחא לפיה חושב הפיצוי בצירוף כל הסכומים הרלוונטיים. ב) במקרה של שיפוי: אופן חישוב סכום ההחזר, בצירוף כל הסכומים הרלוונטיים.
6. 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 תעש" המחאה למבוטח על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד תעש" על ידי המבוטח. החברה המבטחת ו"מוקד תעש" מתחייבים כי תשלום התביעה יעשה תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים ממועד סיום הליך בדיקת הזכאות כאמור לעיל. במידה והתשלום לא יבוצע תוך 7 ימים כאמור לעיל, תאושר ותשלום התביעה באופן מלא ומיידי ע"י החברה המבטחת, לרבות את החלק של קופת החולים. המבוטח יחתום על ייפוי כוח לטובת החברה המבטחת מול השב"ן.
7. 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 תעש" טופס התחייבות למבוטח או לספק השירות על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד תעש" על ידי המבוטח. החברה המבטחת מתחייבת כי כתב ההתחייבות שלה יכלול את כל הזכאויות הרלוונטיות למקרה הנדון עפ"י תנאי הפוליסה. המבטח ישלח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח על פי דרישת ספק השירות לא יאוחר מ-5 ימי עבודה מקבלת דרישת ספק השירות ו/או - המבוטח והמצאת כל המסמכים הנדרשים, למעט

- במקרים דחופים בהם תשלח ההתחייבות הכספית מיד על פי דרישת ספק השירות. במקרים בהם ספק השרות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהיה המבטוח זכאי לקבל מהמבטוח כיסוי כספי כנדרש על ידי ספק השרות, לרבות העברה כספית ישירה לספק השרות בכפוף להסכמת ספק השרות.
8. במידה והמבטוח ימצא לא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח "מוקד תעש" מכתב סירוב מנומק המסביר למבטוח מדוע לא נענתה בקשתו לתשלום תגמולי הביטוח, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבטוח, ייפגש נציג "מוקד תעש" עם המבטוח במשרדי החברה המבטחת, ויטביר לו את סיבת הדחייה.
9. עם סיום הטיפול, ובאותם מקרים בהם לא הצליח "מוקד תעש" להביא לסילוק משותף של התביעה מול מבטוח נוסף לרבות קופת חולים או ביטוח משלים, החברה המבטחת תשלם והחברה המבטחת ו"מוקד תעש" יפעלו לשיבוב / החזר מול החברה המבטחת הנוספת והשבת כל הכספים המגיעים למבטוח על פי הכיסוי שבידו.
10. נפטר מבטוח חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבטוח 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 המבטוח או ליורשיו הנקובים בעותק צו קיום צוואה או בצו ירושה אשר יומצא לה ע"י העיזבון.
11. במידה ונמסרה למבטוח תשובה בקשר לזכאות ו/או לכיסוי שלא קיים בפוליסה ו/או לא קיים ברובד בו הוא מבטוח, התביעה תאושר ותשולם.
12. תביעה שאושרה טלפונית, תשולם (גם במידה ואושרה בניגוד לתנאי הפוליסה).
13. מבטוח/ת זכאי לבקש ולקבל את הקלטות השיחות עימו.

## 1. התחייבות למתן שירות, אמנת שירות - SLA

1. "מוקד תעש" מתחייב לענות לטלפון בזמן סביר, 80 אחוז מהשיחות יענו תוך 30 שניות.
2. "מוקד תעש" מתחייב כי במקרים בהם יהיה קיים עומס פונים למוקד, ייקח נציג השירות מהלקוח המתקשר את פרטיו וכן את השעה הנוחה מבחינתו שיחזרו אליו, ויחזור אליו בשעה שנקבעה עם הלקוח, על מנת לטפל בבעיה בגינה פנה ל"מוקד תעש", וזאת, תוך 3 שעות ממועד הפניה הראשונה.
3. "מוקד תעש" מתחייב כי בכל מקרה, משך הטיפול בבעיה בגינה פנה המבטוח למוקד תעש" לא יעלה על 24 שעות.
4. "מוקד תעש" מתחייב לסיים בחינת כל חומר רפואי עפ"י תנאי הפוליסה, תוך זמן שלא יעלה על 48 שעות ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהלקוח ובמידה ונדרשת השלמת מסמכים מהמבטוח, ההודעה תישלח ו/או תימסר למבטוח לא יאוחר מתום 48 שעות נוספות. במידה וההודעה לא תישלח ו/או תימסר למבטוח במסגרת זמן זו, החברה המבטחת לא תוכל לדרוש מסמכים נוספים מהמבטוח והתביעה תאושר ותשולם עפ"י סעיף 6 להלן.

5. "מוקד תעש" 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.
6. החברה המבטחת מתחייבת כי עם סיום הליך בחינת הזכאות, עפ"י סעיף 4 לעיל, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח תשלח המחאה / הפקדה בנקאית למבוטח עפ"י הפרטים שנמסרו ל"מוקד תעש" ע"י המבוטח תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים. ובמידה והתביעה לא תשולם במסגרת זמן זו, החברה המבטחת תאשר ותשלם את התביעה במייד.
7. המבוטח זכאי לבקש ולקבל את הקלטות השיחות עימו.
8. החברה המבטחת לא תענה למבוטח כי הוא אינו מבוטח מבלי לבדוק עם בעל הפוליסה.







**מוקד שירות ומידע:**

מגדלי בסר 2, רח' בן גוריון 1 בני ברק ת.ד. 888 בני ברק 5110802  
טל. 1-700-700-453 | פקס. 03-7348680 | כתובתנו באינטרנט: [WWW.DIKLA.CO.IL](http://WWW.DIKLA.CO.IL)

