

בריאות לתמיד

ביטוח בריאות לכל המשפחה

מהדורת אוקטובר 2004



עמ' 2	מבוא – תנאים כלליים והגדרות
עמ' 8	פרק ראשון – ניתוחים פרטיים
עמ' 12	פרק שני – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
עמ' 15	פרק שלישי – טיפול תרופתי מיוחד
עמ' 17	פרק רביעי – רפואה משלימה (אלטרנטיבית)
עמ' 19	פרק חמישי – כיסויים נוספים
עמ' 22	פרק שישי – חוות דעת שניה – SECOND OPINION
עמ' 24	נוהל הגשת תביעה

התנאים הכלליים של הפוליסה לביטוח רפואי

א. תנאי הביטוח – בריאות לתמיד

מבוא

שירביט חברה לביטוח בע"מ (שתיקרא להלן – "החברה") מתחייבת בזה – על יסוד ההצעה, ההודעות וההצהרות האחרות שנמסרו בכתב לחברה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, המהוות חלק בלתי נפרד מהפוליסה, ובהתאם לכל התנאים של הפוליסה, סעיפיה ונספחיה – לשלם כמצוין בפוליסה את הסכום המגיע לתשלום לאחר שתוגש לחברה הוכחה להנחת דעתה על קרות מקרה הביטוח ובתנאי מפורש שהפרמיות שולמו כסדרן ובמועדן לחברה.

1. הגדרות

הגדרות אלו יחולו על כל פרקי הביטוח.

בפוליסה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצידם:

- 1.1.1 **המבוטח:** שירביט חברה לביטוח בע"מ
- 1.1.2 **המבוטח:** המבקש, ובני משפחתו, אשר שמו/ם נקובים בטופס ההצעה וההצטרפות כמבוטח/ים.
- 1.1.3 **בן משפחה:** בת/בן זוג של המבוטח וילדיהם הלא נשואים שגילם אינו עולה על 21 שנה ביום תחילת הביטוח או ביום חידוש הפוליסה.
- 1.1.4 **ההצעה:** טופס ההצעה בנוסח שיקבע ע"י המבוטח ו/או סרט הקלטת שיחת המכירה, כשהוא מלא על כל פרטיו, לרבות הצהרת בריאות וכתב ויתור על סודיות רפואית וחתום ע"י המבוטח ו/או בן/בת זוג/זוגתו ובמקרה הקלטה מתחייב בעל פה המבוטח ו/או בן / בת זוג/ זוגתו.
- 1.1.5 **מקרה הביטוח:** מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל פרק מפרקי התכנית, אשר בהתקיימה מקנה למבוטח תגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
- 1.1.6 **מצב רפואי קודם:** מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה, לענין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 1.1.7 **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** – סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבוטח מחבותו, או המפחית את חבות המבוטח או את היקף הכיסוי בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

- 1.1.8 " **תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם** " – סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא – פחות מ – 65 שנים – יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- 65 שנים או יותר – יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 1.1.9 **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה אשר משכה יצוין בכל פרק מפרקי הביטוח (בהם קיימת תקופת אכשרה), המתחילה לגבי כל מבוטח ביום בו החלה תקופת הביטוח לגביו ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק לגבי מקרה הביטוח הנוגע לאותו פרק. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מודגש כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח ולא יהא באחריות המבטח ולא ניתן יהיה לקבל לחלוטין תגמולי ביטוח בגינו ע"פ פוליסה זו.
- 1.1.10 **תקופת המתנה:** תקופת המתחילה ביום קרות מקרה הביטוח ואשר במהלכה לא ישלם המבטח תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח.
- 1.1.11 **הרשימה:** דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הרשימה כוללת את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה, הגדרת המבוטחים, מועד תחילת הביטוח, גובה הפרמיה ומועד תשלומה, אופן התשלום, פרוט הנספחים והביטוחים הנוספים שבתוקף.
- 1.1.12 **הפוליסה:** חוזה לביטוח הכולל את דף פרטי הביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לה.
- 1.1.13 **דמי הביטוח:** התשלומים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח ו/או המוטב לשלם למבטח לפי תנאי הפוליסה וכמפורט ברשימה.
- 1.1.14 **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
- 1.1.15 **מיסים והיטלים:** מיסים והיטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום ביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל אם ישולמו ע"י המבטח, ינוכו מתגמולי הביטוח על פי פוליסה זו ונספחיה בכפוף לתקרת השיפוי המרבי.
- 1.1.16 **מדד:** מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם ע"י גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 1.1.17 **דולר:** סכום בש"ח השווה לסכום בדולר ארה"ב בהתאם לשער היציג שיהיה נהוג בבנק לאומי ביום התשלום ע"י החברה ובהיקף זכאות המבוטח ע"פ פוליסה זו. סכומים הנקובים בפוליסה בדולר יוצמדו לשער החליפין כאמור לעיל.
- 1.1.18 **ישראל:** מדינת ישראל לרבות השטחים המוחזקים.
- 1.1.19 **חו"ל:** כל מדינה מחוץ לישראל למעט מדינות אויב.

2. חובת הגילוי

ניתנו על ידי המבוטח תשובה/ות או הצהרה/ות שאינן מלאות וכנות לשאלות הנוגעות למצב הבריאות או לא הובאו לידיעת המבטח עובדה/ות הנוגעת/ות בעניין מהותי ואשר אילו הובאו לידיעתו לא היה המבטח מתקשר על פי פוליסה זו ומבטח את המבוטח יחולו ההוראות הבאות:

2.1.1 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה ביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב למבוטח, ו/או לבעל הפוליסה.

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

2.1.3 קרה מקרה ביטוח לפני שנתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתיים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והוא פטור כליל בכל אחת מאלה:

(1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

(2 מבטח סביר לא היה מתקשר באותו ביטוח, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו: במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח בניכוי הוצאות המבטח.

2.1.4 האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה לה זכאי המבטח על פי כל דין.

3. תוקף הפוליסה

3.1.1 הפוליסה נכנסת לתוקפה החל מהתחלת הביטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח אך לא לפני תשלום הפרמיה הראשונה. בתנאי שמיום חתימת המבוטח על הצהרת הבריאות לא חל שינוי לרעה במצב בריאותו של המבוטח.

3.1.2 שולמו לחברה כספים על חשבון פרמיות לפני שהחברה החליטה על עריכת הפוליסה, לא יחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. החברה תחזיר כספים אלה ששולמו בתוספת הצמדה וריבית כדין, אם נדחתה קבלתו של המועמד לביטוח ע"י החברה.

4. אפשרות להמשך הביטוח לילדים המגיעים לגיל 21

החברה תשלח למבוטח הודעה 30 יום מראש לגבי ילדים המבוטחים במסגרת הפוליסה לגביהם מסתיים הביטוח בהגיעם לגיל 21.

ילדים אלה יוכלו להמשיך בביטוח בכיסויים, בתנאים ובתעריפים אשר יהיו קיימים בחברה באותו מועד, ללא הוכחת מצב בריאותם, זאת בתנאי כי הודיעו תוך 30 יום מקבלת ההודעה ו/או לאחר תום הכיסוי בפוליסת הוריהם, על רצונם להמשיך בביטוח.

הממשיכים בביטוח יזכו להנחה בת 10% מדמי הביטוח למשך 3 השנים הראשונות לביטוח.

5. תשלום דמי ביטוח

דמי הביטוח החודשיים יהיו כמפורט בדף הרשימה ומהווים חלק בלתי נפרד ממנו וישולמו במועד הנקוב ברשימה. אם תשלום דמי הביטוח נעשה על ידי הוראת קבע לבנק (שירות שיקים או כרטיס אשראי), זיכוי חשבון המבטח יהווה תשלום דמי הביטוח. מקרה של אי זיכוי החשבון עקב טעות של הבנק ו/או חברת האשראי לא יחשב כאי תשלום.

לדמי ביטוח שלא שולמו במועד תתווסף במועד התשלום בנוסף להפרשי הצמדה ריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א – 1961, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל המבטח.

6. הצמדה

דמי הביטוח ותגמולי הביטוח הנם צמודים למדד המחירים לצרכן המתפרסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. המדד הבסיסי בפוליסה הנו המדד שפורסם בסמוך למועד תחילת הביטוח ושצוין ברשימה.

7. שינוי דמי ביטוח ותנאי ביטוח:

הפרמיה המשולמת בגין פוליסה זו תשתנה אחת בכל תקופה של 3 שנים בהתאמה לתעריף הנקוב לקבוצת הגיל ביום השינוי.

בנוסף לאמור לעיל, תהיה החברה זכאית לשנות החל מ- 1.1.2003 את הפרמיה והתנאים של ביטוח זה לכלל המבוטחים בביטוח זה. שינוי כזה יהיה תקף בתנאי שהמפקח על הביטוח אישר מראש את השינוי ולאחר 30 יום מהיום שבו הודיע החברה בכתב למבוטח על כך. שונתה הפרמיה כאמור, תחושב הפרמיה החדשה ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותו של המבוטח במשך התקופה שקדמה לשינוי כאמור.

8. תגמולי הביטוח

8.1 המבטח יהא רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח בסכומים המופיעים בכל פרק כנגד קבלות מקוריות בלבד. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שהינו זכאי לכך על פי תנאי הפוליסה.

8.2 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

8.3 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער היציג של המטבע הזר הנ"ל כמקובל בבנק לאומי לישראל, ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

- 8.4 נפטר המבוטח ונותרה לתשלום יתרה של תגמולי ביטוח שטרם שולמה לספק השירות הרפואי כלפיו התחייב המבטח תשלום יתרה זו לספק הנ"ל. נותרה יתרה לתשלום, המגיעה על פי תנאי פוליסה זו למבוטח היא תשלום על ידי המבטח ליורשי המבוטח או למוטבים באם צוינו בהצעת הביטוח.
- 8.5 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק לפי העניין.

9. מקרה ביטוח המכוסה ע"י יותר מחברת ביטוח אחת ו/או קופת חולים ו/או מכח החוק ו/או ע"י צד שלישי

- 9.1.1 הייתה למבוטח בשל מקרה ביטוח גם זכות שיפוי כלפי אדם שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מששילם למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהאדם השלישי שיפוי מעל תגמולי ביטוח שקיבל על פי נספח זה. קיבל המבוטח מהאדם השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח, עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.
- 9.1.2 בוטחו מקרי הביטוח כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות והמבוטח זכאי לשיפוי בגין כיסוי אצל יותר ממבטח אחד, על המבוטח להודיע על כך למבטחים בכתב מיד לאחר שנעשה ביטוח הכפל או לאחר שנודע לו עליו. עלה סך תגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח בגין מקרה ביטוח המכוסה על פי כל פוליסות הביטוח שנערכו על ידו ו/או עבורו, על ההוצאות בפועל שהוציא המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח, יהא המבטח זכאי להתנות את תשלום תגמולי הביטוח בהמחאת זכויותיו של המבוטח על פי הפוליסות האחרות למבטח לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקו היחסי של המבוטח בהוצאות המכוסות שהוצאו בפועל

10. סייגים וחרגיגים:

חריגים אלו חלים על כל פרקי הפוליסה.

- 10.1 המבטח לא יהא אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי המבטח לרופא, רופא מומחה, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שרות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות בגין אי ביצוע ניתוח במועד שנקבע לכך מסיבה כלשהי.
- 10.2 המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין או בעקיפין ו/או הנובע מ:
מום ו/או מחלה מלידה ו/או מצב רפואי קודם – מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה, לענין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפות לביטוח, ובכפוף לאמור בסעיף 1.1.8.

- 10.3** מקרה הביטוח אירע לפני מועד תחילת הביטוח, או לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח.
- 10.4** מקרה הביטוח אירע בתקופת האכשרה (בפרקים ו/או בכיסויים בהם קיימת תקופת אכשרה).
- 10.5** מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 10.6** מקרה הביטוח נגרם מחמת אי שפיות, ו/או מחלת נפש ו/או הפרעות נפש, ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראות רופא.
- 10.7** מקרה הביטוח הינו תוצאה ישירה או עקיפה של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS ו/או מחלה/ת או מצבים שהם מוטציות ו/או וריאציות למחלת ה - AIDS או כל מחלה או תסמונת דומה אחרת יהא שמה אשר יהא.
- 10.8** עקרות, אי פוריות, עיקור מרצון, הריון ו/או לידה למעט ניתוח קיסרי כמוגדר בסעיף 10.8 בפרק הראשון.
- 10.9** מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של תאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או אירוע שצד שלישי כלשהו חייב לכסותם על פי דין או על פי חוזה.
- 10.10** מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של השתתפות המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, במהפכה, מרד, פרעות, מהומות, מעשה חבלה, שביתה, או בפעולה בלתי חוקית.
- 10.11** מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שרות המבוטח בצבא במסגרת שרות חובה ו/או בשירות מילואים ו/או בשירות צבא הקבע.
- 10.12** מקרה הביטוח הינו תוצאה של טיסה בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה כנוסע בכלי טיס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים בחברת תעופה סדירה.
- 10.13** מקרה הביטוח מהווה טיפול ניסיוני שלא אושר על יד ועדת הלסינקי ו/או FDA או כל אישור אחר הבא במקום האישורים מהגורמים אשר צוינו לעיל.
- 10.14** חשיפה לקרינה מיננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
- 10.15** צניחה, רחיפה, דאייה, סקי שלג, סקי מים, צלילה לעומק העולה על 30 מטר, ספורט מקצועני.

11. תנאים כללים נוספים

11.1 התיישנות

כל תביעה על פי הביטוח תתיישן 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

11.2 חוק חוזה הביטוח

על ביטוח זה יחול חוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981.

11.3 הודעות

כל הודעה המיועדת למבטח תימסר בכתב למבטח על פי כתובת משרדו הראשי שהיא : יד חרוצים 22 א.ת. חדש פולג נתניה.

11.4 מקום השיפוט

מקום שיפוט הבלעדי והייחודי בכל הקשור והנובע מפוליסה זו יהא בבית משפט בישראל.

פרק ראשון: ניתוחים פרטיים

1. הגדרות

הגדרות אלה הן בנוסף להגדרות הכלליות המופיעות בפרק המבוא בהוראות ובתנאים הכללים לכל פרקי הביטוח.

1.1.1 ניתוח: פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure), החדרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח.

במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אניוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה ע"י גלי קול.

1.1.2 ניתוח אלקטיבי: ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח ע"י רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

1.1.3 בית חולים: מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום.

1.1.4 בית חולים פרטי: בית חולים שאינו בבעלות המדינה או קופת חולים כלשהי, ואם הוא בבעלות אחד מאלה – בתנאי שבמסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי שאושר ע"י הרשויות המוסמכות.

1.1.5 בית חולים מוסכם: בית חולים כמוגדר בס' 1.1.3 או 1.1.4 הנמצא בהסכם עם המבוטח ו/או עם כל גוף אחר שהחברה קשורה אתו לצורך ביצוע הפעולות הרפואיות המכוסות בפוליסה זו.

1.1.6 מנתח הסכם: רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח שהסכים לקבל ישירות מאת המבוטח שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח שביצע במבוטח כשהוא מאושפז בבית חולים פרטי.

1.1.7 מנתח אחר: רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, אשר אינו בהסכם עם המבוטח.

1.1.8 רופא מרדים: רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.

1.1.9 אחות/אח פרטי: אחות או אח פרטי בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות.

1.1.10 שתל: כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה (כמפורט בפרק שני סעיף 1.1.1)

2. מקרה הביטוח

המבטח מתחייב לכסות את הניתוחים המבוצעים בבית חולים פרטי תוך תקופת הביטוח ולשאת בהוצאות הקשורות בהם כדלהלן:

2.1 שכר מנתח בבי"ח פרטי:

2.1.1 שכר מנתח הסכם ישולם במלואו – ישירות למנתח ההסכם.

2.1.2 מנתח אחר- תשלום למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ע"י מנתח אחר, יהיה בגובה הסכום ששולם על ידו בפועל, עד לתקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם של המבטח, עבור הניתוח שבוצע, או תקרה המשולמת לפרופסור או מנהל מחלקה על פי תעריף שר"פ הדסה, הגבוה מביניהם.

2.2 **התייעצות לפני ניתוח:** המבטח יחזיר למבוטח הוצאות התייעצות מוקדמת (לפני ניתוח) עם מנתח אשר ביצע בפועל את הניתוח אך לא יותר מתעריף שר"פ הדסה.

2.3 **שכר רופא מרדים בבית חולים פרטי:** המבטח ישלם ישירות את הוצאות הרופא המרדים בגין הרדמה שבוצעה במבוטח בעת ניתוח או יחזיר הוצאות אלה למבוטח בהתאם לסכום הקבוע ברשימת הניתוחים של המבטח עבור מרדים על פי הניתוח שבוצע אך לא יותר מתעריף שר"פ הדסה.

2.4 **כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים פרטי במקרה ניתוח:** המבטח יכסה הוצאות אשפוז בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות בבית חולים פרטי, או ישלם למבוטח החזר בגין הוצאותיו בפועל עד לתקרה יומית לפי תעריף שר"פ הדסה ועד לתקופה שלא תעלה על 30 ימי אשפוז לכל ניתוח.

2.5 **הוצאות חדר ניתוח בבית חולים פרטי:** המבטח ישלם ישירות לבית חולים את ההוצאות עבור חדר ניתוח על פי הניתוח שבוצע בהתאם לסכום הקבוע ברשימת הניתוחים של המבטח על פי תעריף שר"פ הדסה.

2.6 **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:** המבטח ישלם ישירות לבי"ח בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח. כמו כן, יכסה המבטח עלויות חוות דעת נוספת בגין אותה בדיקה פתולוגית, באם תידרש.

2.7 **תותבת אביזר מושלל:** בוצע במבוטח בבית חולים פרטי ניתוח, ובמהלך הניתוח הושתלה במבוטח תותבת כלשהי, ישתתף המבטח בעלות התותבת הנ"ל עד לסך 20,000 ₪.

2.8 **שכר אחות פרטית/אח פרטי בעת ניתוח:** השתתפות בהוצאות אחות/אח פרטי/ת בגובה 80% מהעלות בפועל של הוצאה זו, עד לסך 400 ₪ לכל יום אשפוז עקב ניתוח בבית חולים פרטי ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי אשפוז.

2.9 **שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים בישראל:** החזר הוצאות למוטב בגין שירותי אמבולנס של מגן דוד אדום או שירות אמבולנס אחר עבור העברתו של המבוטח לבי"ח או ממנו או העברתו בין בתי החולים ובתנאי כי מדובר במקרה ביטוח המכוסה על פי פוליסה זו. ההחזר המירבי יהיה ע"פ תעריף מגן דוד אדום.

- 2.10 **טיפולים פיזיותרפיים לאחר ניתוח:** המבטח ישתתף בהוצאות טיפולים פיזיותרפיים לאחר אשפוז לצורך ניתוח ועל פי קביעת הרופא המנתח, בגובה של 80% מהעלות בפועל של הוצאה זו, עד לתקרה של 160 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים.
- 2.11 **ניתוח בבית חולים ציבורי:** בניתוח שבוצע במערכת הציבורית, ללא השתתפות המבטח, ישלם המבטח למוטב פיצוי בגובה 50% מהסכום המשולם כשכר מנתח הסכם לסוג הניתוח שבוצע.
- 2.12 **ניתוח שבוצע בבית חולים פרטי, אבל קופת החולים משתתפת בהוצאותיו:** המציא המבוטח לבי"ח הפרטי טופס 17 מטעם קופ"ח שלו, לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבי"ח זה, ישלם המבטח למבוטח סכום שווה למחצית ערכו של הטופס בביה"ח הפרטי בו בוצע הניתוח ובגינו זוכה המבטח. סעיף זה לא יחול על מחלקות שר"פ או שר"ן בבית חולים ציבורי.
- 2.13 **כיסוי נוסף לתושבי אילת:** מבוטח אשר זקוק לניתוח, אשר לפי חוות דעת רפואית לא ניתן לבצעו בבית חולים באילת יהיה זכאי להחזר הוצאות טיסה למבוטח בלבד, לפי מחיר לתושבי אילת.
- 2.14 **סיוע לאחר ניתוח:** מבוטח אשר יהיה מאושפז בבית חולים עקב ניתוח במשך יותר מ-7 ימים רצופים יהיה זכאי לפיצוי יומי בסך 500 ש"ח החל מהיום השמיני ולמשך תקופה מרבית של 14 יום, במידה והמבוטח יהיה זכאי ע"פ סעיף 2.4 בפרק זה לגמלת החלמה לאחר ניתוח לב או מוח לא ישולם הפיצוי ע"פ סעיף זה.
3. **ביצוע ניתוח בחוץ לארץ:** בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל אשר ביצעו אושר מראש ע"י החברה ותואם עמה, תכסה החברה את הוצאות האשפוז והניתוח בהן היא חייבת בהתאם להוראות פוליסה זו וזאת ע"פ עלויות האשפוז והניתוח בתוספת של 50% מעלות ניתוח זהה בארץ על פי תעריף שר"פ הדסה. במקרה של ניתוחי לב פתוח (לא כולל ניתוחי מעקפים), ניתוחי מוח וכל ניתוח אחר אשר אינו ניתן לביצוע בארץ או שבזמן ההמתנה לניתוח בארץ מסכן את המבוטח, תכסה החברה הוצאות נסיעות וטיסות של המבוטח ומלווה אחד במחלקת תיירים של חברות תעופה סדירות ואת ההוצאות הכרוכות בניתוחים הנ"ל. תקרת ההחזר להוצאות נסיעה לא תעלה על 4,000 דולר ארה"ב ובהמצאת החשבוניות המקוריות ע"י המבוטח לחברה. במקרה של ניתוח לקטין יכוסו כנ"ל זוג ההורים כמלווים.
- בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, אולם ביצעו לא אושר מראש ע"י החברה, תשלם החברה למבוטח את ההוצאות כפי שהיו לו אם היה נעשה הניתוח באמצעות בית חולים אשר לחברה או לחברה קשורה יש הסכם, זאת במטבע ישראלי בישראל בהתאם לשער היציג שיהיה נהוג בבנק לאומי ביום התשלום ע"י החברה ובהיקף זכאות המבוטח ע"פ פוליסה זו.
4. **גמלת החלמה לאחר ניתוח לב או מוח:** המבטח ישלם למבוטח גמלת החלמה לאחר ניתוח מעקף לב או ניתוח מסתם לב או ניתוח מוח, בסך 4000 ₪ לחודש למשך 3 חודשים.
5. **הוצאות החלמה לאחר אירוע מוחי או אוטם שריר הלב:** המבטח ישתתף בהוצאות שהייה במוסד החלמה לאחר אירוע מוחי (C.V.A) או אירוע אוטם שריר הלב, בגינו לא שולם פיצוי על פי סעיף 4 לעיל בגובה 75% מהעלות בפועל של הוצאות, עד לתקרה מרבית בסך 300 ₪ לכל יום שהייה במוסד החלמה ולא יותר מ-14 ימי החלמה, ובכפוף לתנאי סעיף 8 להלן.

- 6. התעמלות שיקומית:** המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית לאחר אירוע אוטם שריר הלב, או לאחר אירוע מוחי (CVA) או לאחר ניתוח אורטופדי בתנאי שהצורך נקבע ע"י רופא מומחה. השתתפות המבטח תהיה בגובה 75% מהעלות בפועל של הוצאה זו, למשך תקופה מקסימלית של 12 חודשים זאת עד לתקרה של 1,000 ש"ח לסה"כ הטיפולים.
- 7. משדר קרדיאלי לאחר אירוע אוטם שריר הלב:** המבטח ישתתף בהוצאות מנוי למשרד קרדיאלי לאחר אירוע אוטם שריר הלב, בגובה 75% מהעלות הפועל של הוצאה זו, עד לתקרה בסך 90 ש"ח לחודש למשך 18 חודשים ובכפוף לתנאי סעיף 8 להלן. היה המוטב זכאי למנוי ממקור אחר, ישלים המבטח את דמי המנוי מגמר התקופה בה הוא זכאי למנוי ע"י הגורם האחר ועד לתום 18 החודשים האמורים.
- 8. אבחנת אוטם שריר הלב** לגבי סעיפים 5-7 לעיל, תהיה חייבת להיתמך ע"י כל שלושת הקריטריונים הבאים:
א. כאבי חזה אופייניים.
ב. שינויים חדשים בא.ק.ג. המלווים בהופעת גל Q.
ג. עליה בערכי אנזימי הלב בדם מעל ערכי התקן.
- 9. תקופת אכשרה**
לניתוחים על פי פרק זה תקופת האכשרה הינה בת 90 יום.
- 10. חריגים**
בנוסף לקבוע בחריגים בסעיף 10 בפרק המבוא אשר יחולו במלואם גם על פרק זה, לא יהא המבטח אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:
- 10.1** הניתוח בא לתקן פגם ו/או מום מולד למעט פגם ו/או מום מולד שהתגלה תוך כדי תקופת הביטוח, בכפוף לתנאים בסעיף של "מצב רפואי קודם".
- 10.2** הניתוח הוא למטרת יופי ו/או אסטטיקה למעט שיחזור הנובע מניתוח המכוסה על פי תנאי הפוליסה ואשר איננו מכוסה ע"י צד שלישי.
- 10.3** הניתוח קשור בפוריות ו/או עקרות.
- 10.4** ניתוח בגלל פציעה שארעה תוך פעילות ספורט מקצועני אשר שכר בציודו.
- 10.5** בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפר תרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון: CT ו-MRI כאשר אלה אינן חלק ממהלך הניתוח.
- 10.6** ניתוחים הקשורים בשיניים.
- 10.7** עקירת שן כירורגית למטרה אורתודנטית ו/או שמטרתו שיפור האסטטיקה של שחזורים פרוטטיים ו/או שמטרתו הארכת כותרות שיניים לצרכים פרוטטיים ו/או טיפולי חניכיים מסוג גינגבופלסטיקה ואלביאופלסטיקה.
- 10.8** לא ישולם על פי ביטוח זה שכר מיילדת ולא ישולם שכר מנתח במקרה של לידה. על אף האמור לעיל, אם בוצע ביולדת ניתוח קיסרי, ישולם המבטח את שכר המנתח, חדר לידה, הרדמה ואת עלות האשפוז הנוסף עקב היות הלידה בניתוח קיסרי.

פרק שני: השתלות בארץ ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות

1.1 מקרה הביטוח:

1.1.1 **השתלה:** כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח.

השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כנסיונית בישראל. במקרה בו יושג לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1.2 **טיפול מיוחד:** ניתוחים וטיפולים רפואיים אחרים בחו"ל שמתקיימים בהם כל התנאים מצטברים הבאים:

א. לא ניתן לבצעם מבחינה רפואית בישראל ו/או טרם נצבר ניסיון מוכח בביצועם ובכלל זה טיפול כירורגי או כימותרפי או כל טיפול אחר במחלת הסרטן.

ב. אי ביצועם המיידית מסכן את חיי המבוטח או דרוש לשיפור איכות חייו.

1.1.3 האמור לעיל בתנאי כי רופא מומחה בתחום הרלוונטי קבע את הצורך בביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בגלל מצבו הרפואי של המבוטח.

1.1.4 מובהר כי השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד חוזר/ים אם יידרש בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

1.2 סכומי הביטוח: הסכום המירבי לשיפוי המבוטח כדלהלן:

להשתלה הינו 1,000,000 דולר ארה"ב אך לא יותר מהשיעור הנקוב בסעיפים מסויימים.

לטיפול מיוחד הינו 840,000 ₪ אך לא יותר מהשיעור הנקוב בסעיפים מסויימים.

1.3 תקופת אכשרה: לביטוח על פי פרק זה תקופת אכשרה של 90 יום

2. **התחייבות המבטח:** המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל, אך לא יותר

מהסכום שהיה המבטח משלם לנותן שרות כלשהו איתו יש לו הסכם בקשר לביטוח זה, או מסכום ביטוח כמפורט בסעיף 1.2 לפי הנמוך משני הסכומים, בגין מקרה הביטוח כלהלן:

2.1 להשתלה – עד הסכום הנקוב בסעיף 1.2:

א. תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח

ב. תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 30 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 180 יום לאחר ביצועה.

ג. השגת איבר הנעשית עלפי אמות מידה רפואיות אתיות מקובלות, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

ד. תשלום לצוות המנתח ועבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה.

- ה. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה אחד לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים, למבוטח ולמלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל, או לשני מלווים אם מדובר בילד מתחת לגיל 15 עד לסך של 50,000 ₪.
- ו. תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל עד 50,000 ₪.
- ז. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד 50,000 ש"ח.
- ח. תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, עד 50,000 ₪.
- ט. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בבית חולים בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה עד 20,000 ₪.

2.2 לטיפול מיוחד – הסכום הנקוב בסעיף 1.2 .

- א. תשלומים כמפורט בסעיפים 2.1 א, ב, ד, ה, ו, ז ו-ט' הנ"ל בשינויים כלהלן:
- (1) בכל מקום בו מופיעה המילה השתלה, יש לקרוא טיפול מיוחד.
- (2) כל התשלומים לטיפול מיוחד עפ"י הסעיפים הנ"ל יהיו רק בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל בפועל.
- ב. תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל – עד 42,000 ₪.
- ג. על אף האמור בסעיף 1.1.2 לעיל, המבטח יכסה גם הוצאות בגין מקרה בו מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול שבא למנוע איבוד מוחלט של חוש השמיעה או הראיה, באם הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל ואין לו טיפול חליפי בישראל.

3. חריגים

חריגים אלו הינם בנוסף לחריגים הכלליים הכלולים בסעיף 9 לפרק המבוא בנספח זה ואשר יחולו במלואם גם על פרק זה.

- 3.1 מותנה בזאת במפורש כי למבטח לא תהיה כל אחריות על פי פרק זה, אם ביום תחילת תקופת הביטוח ידע המבוטח או היתה קיימת לגביו אבחנה הקובעת קיום צורך בהשתלה או שמקרה הביטוח הוא תוצאה של מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה, בכפוף להגדרות בעמ' 1 סעיפים 1.1.6, 1.1.7, 1.1.8 .**
- 3.2 ההשתלה או הטיפול המיוחד יעשו על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הן מתבצעות ובמדינת ישראל, כאחד.**
- 3.3 ההשתלה או הטיפול המיוחד הן טיפול מקובל (ולא טיפול ניסיוני) במדינה בה הוא מתבצע.**

4. פיצוי מיוחד במקרה השתלה

4.1 במקרה של השתלה ישלם המבטח למבוטח פיצוי נוסף (להלן "הפיצוי"), בסכום ולתקופת פיצוי כמפורט להלן:

במקרה השתלת לב, לב ריאה או כבד: 4,000 ₪ לחודש, למשך 6 חודשים.

במקרה השתלת כליה, לבלב או מוח עצמות: 4,000 ₪ לחודש, למשך 3 חודשים.

4.2 נפטר המבוטח לאחר ביצוע ניתוח ההשתלה וטרם מיצה את הפיצוי כקבוע לעיל, יקבלו מוטביו באם נקבעו בהצעת הביטוח ואם לא נקבעו יורשיו החוקיים את יתרת הפיצוי כקבוע לעיל, מיד לאחר פטירתו.

5. במקרה של השתלה, שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות המבטח, ישולם למבוטח סכום פיצוי חד פעמי בגובה 200,000 ש"ח ללא צורך בהצגת קבלות.



פרק שלישי: טיפול תרופתי מיוחד

1. הגדרות

1.2 תרופה:

חומר כימי מרפא אשר הוכחה יעילות פעולתו ע"י הרשויות המוסמכות בישראל.
רשימת התרופות המאושרות הינה רשימת התרופות המפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל.

1.3 רופא מומחה:

רופא אשר הוכר כמומחה על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.

1.4 טיפול תרופתי: נטילת תרופה בצורה חד פעמית או מתמשכת שלא במהלך אשפוז בבית החולים, אלא אם האשפוז ארע במהלך השימוש בתרופה.

1.5 חוק ביטוח בריאות ממלכתי: חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.

1.6 סל הבריאות הממלכתי: מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריה במסגרת ומכח חוק הבריאות הממלכתי, או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה.

1.7 בית מרקחת: מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן נותן השירות)

1.8 מרשם: מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול.
למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם

1.9 סכום שיפוי מירבי: גובה תגמולי הביטוח המירביים שישלם המבטח בגין תרופה.

1.10 מחיר מירבי מאושר: הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה לתשלום בגין תרופה.

2. מקרה הביטוח

קרות מחלה אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה אשר אינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי ושאינה כלולה בשירותי הבריאות הנוספים (שב"ן) מטעם קופות החולים ואשר אין במקומה תרופה חלופית הכלולה בסל הבריאות הממלכתי בהרכב גנירי זהה.

השיפוי יהיה גם בגין תרופות הממומנות חלקית בסל שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן) אולם אך ורק עבור חלקו של המבוטח בעלות הכוללת.

למען הסר ספק מובהר כי השיפוי יהיה אך ורק בגין עלות התרופה, להבדיל מהשירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה.

3. התחייבות המבטח

המבטח ישפה את המבוטח בגין מקרה הביטוח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית אך לא יותר מהסכום המירבי המאושר לאותה תרופה ע"י הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מירבי ע"י הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום השיפוי על פי הסכום המירבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. במידה ואין לתרופה מחיר מירבי מאושר בהולנד, יקבע סכום השיפוי המירבי לפי המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.

- 3.1 המבוטח יפנה לקבלת אישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם, למען הסר ספק מובהר כי המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי הביטוח אם לא אישר מראש את רכישת התרופה.
- 3.2 המבטח ישפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות ו/או ישלם ישירות לנותני השירות עבור התרופה.
- 3.3 סכום השיפוי המירבי שישלם המבטח על פי פרק זה יהיה עד לסך הנקוב כסכום הביטוח בגין כל מקרי הביטוח ולכל תקופת הביטוח.
- 3.4 אם תוך שישה חודשים מתאריך הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח תחודש הזכאות על פי פרק זה, יחודשו התגמולים בגין התרופה ללא תקופת המתנה נוספת. אם עברו למעלה משישה חודשים מהפסקת התגמולים יחודשו התגמולים לאחר תקופת המתנה נוספת, למעט אם הדרישה הינה לתרופה זהה בגין מקרה ביטוח זהה.

4. סכום הביטוח

סכום הביטוח המירבי על פי פרק זה לא יעלה על 500,000 ₪ לכל תקופת הביטוח ולא יעלה על 150,000 ₪ לשנה.

5. ההשתתפות העצמית

המבוטח ישא בהשתתפות עצמית בשיעור של 5% או 250 ₪ לכל מרשם הגבוה מביניהם.

6. סייגים וחריגים

בנוסף לקבוע בחריגים בפרק המבוא (סעיף 7) אשר יחולו במלואם גם על פרק זה, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח במקרים הבאים:

- 6.1.1 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה, או במהלך אשפוז בבית חולים או במוסד סיעודי.
- 6.1.2 תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים.
- 6.1.3 הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות.
- 6.1.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 6.1.5 טיפול תרופתי מונע ו/או חיסונים.
- 6.1.6 טיפול בוטימינים או בתוספי מזון.
- 6.1.7 תרופות לטיפול במחלות נפש.
- 6.1.8 טיפולים תרופתיים אשר עדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

7. תקופת האכשרה

תקופת האכשרה על פי פרק זה הינה 60 יום מיום תחילת הביטוח.

פרק רביעי: רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

1. התחייבות המבטח

במידה ועקב הרעה במצב בריאותו של המבוטח שאובחן ע"י רופא, יבחר המבוטח בקבלת טיפולים במסגרת הרפואה האלטרנטיבית, יפנה לאחר אישור המבטח לקבלת אחד מהטיפולים שברשימה באמצעות מרפאות ההסדר.

המבוטח יהיה זכאי לסדרה של עד 10 טיפולים ו/או עד 16 טיפולים לכל המשפחה בכל שנת ביטוח. ההשתתפות העצמית במרפאות ההסדר עומדת על 20% מעלות הטיפול.

במידה והמבוטח לא יוכל לקבל את הטיפול באמצעות מרפאות ההסדר ישתתף המבטח ב 80% מעלות הטיפול ועד ל - 150 ₪ לכל טיפול, סה"כ ההחזר המירבי על פי פרק זה לא יעלה על 2,400 ₪ בכל שנת ביטוח.

2. תחומי הרפואה משלימה שיכוסו על פי הסכם זה

- 2.1 "אקופונקטורה" – טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 2.2 "הומאופטיה" – שיטת טיפול כוללנית, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמחלו או דוללו פעמים רבות.
- 2.3 "יעוץ דיאטטי" – שהינו צורך רפואי ועל פי המלצת רופא.
- 2.4 "כירופרקטיקה" – שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.
- 2.5 "אוסטיאופטיה" – טיפול להשגת הקלה בהפרעות במערכות השרירים והשלד ע"י שיפור הזרימה במערכות כלי הדם, הלימפה והעצבים.
- 2.6 "פלדנאריז" – טיפול ביכולת התנועה ויציבת הגוף, תוך פיתוח מודעות להרגלי התנועה והקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 2.7 "רפלקסולוגיה" – טיפול באמצעות לחיצות ועיסוי בעיקר בכפות הרגליים לאבחון ושיפור תפקודן של מערכות הגוף השונות.
- 2.8 "שיאצו" – לחיצות ועיסוי, בעיקר ע"י אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף לצורך שחרור ואיזון הזרימה.
- 2.9 "שיטת אלכסנדר" טיפול ביכולת התנועה ויציבות הגוף תוך פיתוח מודעות להרגלי התנועה והקניית הרגלי תנועה.
- 2.10 "ביו פידבק" טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מיידית של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.

לא יינתן שיפוי במסגרת נספח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולים עתידיים.

3. הגבלות לאחריות המבטח – חריגים:

חריגים אלו הינם בנוסף לחריגים הכלליים הכלולים בפרק המבוא ואשר יחולו במלואם גם על פרק זה. המבטח לא ישפה את המבטוח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים:

3.1 טיפולים שאינם כלולים בסעיף 2.

3.2 טיפולים ו/או ייעוץ לצורך הרזיה שאינם צורך רפואי ברור ועל פי המלצה רפואית.

3.3 טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או המתמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו').

3.4 הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או חומרים שהומלצו לצורך טיפול.

3.5 הוצאות הקשורות באבחון מצבו הבריאותי של המבטוח.

4. קבלת שירותי הרפואה המשלימה:

שירותי הרפואה המשלימה יינתנו בכפוף לתנאים הבאים:

4.1 השירותים יינתנו **אברהם** ע"י נותני שירותי הרפואה המשלימה המופיעים ברשימת המבטח שתעודכן מעת לעת. ומותנים בפקוח רפואי של רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל למתן שירותי רפואה.

4.2 פנייה לנותן שירות שאינו ברשימת המבטח כפופה לאישור המבטח מראש.

5. תקופת אכשרה

לכיסוי על פי פרק זה תקופת אכשרה של 60 יום.

6. תביעות

החברה תשלם למבטוח התחייבותיה או תעביר ישירות את ההוצאות לנותן השרות על פי תנאי פוליסה זו אם נתקיימו כל אלה :-

6.1 הודיע המבטוח לחברה מראש על הצורך בביצוע הטיפול וקיבל אישור החברה לביצועו.

6.2 מסר המבטוח לחברה ו/או לנותן השרות את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים שהחברה ו/או נותן השרות דורשים לשם ברור התביעה.

6.3 החברה זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה, לבדוק את המבטוח על ידי רופא אחד או יותר מטעמה, הכל כפי שייקבע על ידה וכפי שתמצא לנכון.

פרק חמישי: כיסויים נוספים.

1. פיצוי חד פעמי במקרה מוות מניתוח

במקרה מות המבוטח במהלך ו/או כתוצאה מניתוח כמוגדר בסעיף 1.1.1 בפרק הראשון, ובתוך 7 יממות מביצוע הניתוח, ישלם המבטח פיצוי חד פעמי בסך 100,000 ₪. הפיצוי ישולם למי שהמבוטח קבע ובאין קביעה כזו ליורשיו החוקיים. בוצעו במבוטח מספר הליכים ניתוחיים במעמד אחד, יראו בכל ההליכים ניתוח יחיד ויהוו מקרה ביטוח אחד.

2. אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח.

- 2.1 המבטח ישלם למבוטח פיצוי חודשי בסך של 4,000 ₪ במקרה של אובדן מוחלט של כושר עבודתו שיגרם כתוצאה מניתוח כמוגדר בסעיף 1.1.1 בפרק הראשון, להלן: "גמלת אי הכושר".
- 2.2 המבטח ישלם למבוטח את גמלת אי הכושר הנ"ל באם יתקיימו לגבי התנאים הבאים:
 - 1.2.1 גילו של המבוטח בעת ביצוע הניתוח עולה על 21 שנים וטרם מלאו לו 65 שנה.
 - 1.2.2 המבוטח היה כשיר לעבוד העבודה מלאה לפחות 40 ימים מתוך 60 יום שקדמו למועד ביצוע הניתוח.
 - 1.2.3 המבוטח ייחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה, לצורך קבלת גמלת אי הכושר, אם לאחר תקופת ההמתנה לא יוכל לבצע עבודה או עיסוק כלשהו במקצועו ו/או במקצוע או בעיסוק סביר אחר המתאים להכשרתו, נסיונו והשכלתו.
 - 1.2.4 גמלת אי הכושר תשולם למבוטח למשך עד 6 חודשים לאחר תקופת המתנה בת 90 יום.

3. בדיקות רפואיות אבחנתיות

כל מבוטח יהא זכאי להשתתפות בהוצאות בדיקות רפואיות אבחנתיות לרבות בדיקות מעבדה, צילומי ו/או שיקופי רנטגן, אולטרסאונד, בדיקות הדמיה CT ו MRI – וכו', לאחר קבלת אישור מראש של המבטח ובהשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור 20% מעלות השרות. תקרת השיפוי לבדיקות רפואיות אבחנתיות תהיה 3,000 ₪ למבוטח לשנת ביטוח.

4. התייעצויות עם רופא מומחה

כל מבוטח יהא זכאי להשתתפות בהוצאות התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית שבתחום מומחיותו ובהשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור 20% מעלות השרות. יכוסו עד 3 התייעצויות למבוטח לשנת ביטוח ועד תקרה בסך 450 ₪ להתייעצות. כיסוי זה אינו כולל רופא משפחה, רופא ילדים ו/או בדיקות שגרתיות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.

5. מענק חד פעמי בגין הדבקות במחלת האיידס

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצרו שניתנו לו בזמן ניתוח או בעת אשפוז, יחלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), יהא זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 100,000 ₪ ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 24 חודש ממועד הניתוח / אשפוז והמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

6. מענק חד פעמי בגין הדבקות בנגיף הפטיטיס B

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצרו שניתנו לו בזמן ניתוח או בעת אשפוז, ידבק בנגיף הפטיטיס B, יהא זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 100,000 ₪ ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 24 חודש ממועד הניתוח / אשפוז והמבוטח לא היה חולה ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

7. שיקום דיבור

המבטח ישתתף בהוצאות טיפולי שיקום דיבור לאחר אירוע מוחי (C.V.A) בגובה 75% מן ההוצאות בפועל, עד 90 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים.

8. פיצוי במקרה אשפוז שלא לצורך ניתוח

במקרה אשפוז בבי"ח ציבורי שלא לצורך ניתוח, ישלם המבטח למבוטח פיצוי מיוחד בסך 250 ₪ בגין כל יום אשפוז, החל מן היום החמישי לאשפוז ולא יותר מ- 14 ימי אשפוז. יום אשפוז לצורך כיסוי זה הינו כל 24 שעות רציפות של אשפוז בביה"ח.

9. השתתפות בבדיקת מי שפיר

המבטח ישתתף ב 75% מעלות בדיקת מי שפיר, אחת לכל הריון, עד לתקרה של 1,000 ₪, השיפוי ינתן מעבר לכיסוי הניתן על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובלבד ששני בני הזוג מבוטחים במסגרת הפוליסה וכנגד קבלות מקוריות. לכיסוי זה תקופת אכשרה של 12 חודשים.

10. הפריה חוץ גופית.

טיפול הפריה חוץ גופית (I.V.F) אשר בוצע במבוטחת על פי הפניה של רופא מומחה לטיפול פריון בבית חולים בישראל.

1. ההשתתפות בגובה של 80% מעלות הטיפול אך לא יותר מ 10,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.
2. הטיפול ינתן רק לצורך בטיפול מעבר למספר הילדים המכוסים על פי חוק הבריאות הממלכתי.

11. בעיות הרטבה והתפתחות אצל ילדים

המבטח ישתתף ב 80% מעלות הטיפול אך לא יותר מ 4,000 ₪ לכל שנת ביטוח עבור:

1. תופעה מתמשכת של הרטבה אצל ילדים מעל גיל 6, המטופלת על פי המלצת רופא באמצעות טיפול התנהגותי במרפאה שהוכרה לנושא זה על ידי משרד הבריאות.

2. בעיות התפתחות אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה במכון ציבורי להתפתחות הילד, אצל ילד מבטח מגיל 3 עד גיל 10, המחייבות טיפול ע"י פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת.

12 חיסונים לנוסעים לחו"ל.

השתתפות המבטח בהוצאות לצורך חיסונים עד 200 ש"ח לכל נסיעה לחו"ל למבטח, בתנאי שהחיסונים בוצעו במרפאה מוכרת המורשית לבצע את החיסונים לנוסעים לחו"ל.

13 טיפולים פסיכולוגיים

ארע למבטח אירוע קשה אשר בעקבותיו זקוק המבטח לעזרה טיפולית ע"י רופא פסיכיאטר ו/או פסיכולוג קליני מורשה, או זקוק המבטח לעזרה טיפולית עקב הפרעה נפשית ע"י פסיכיאטר ו/או פסיכולוג קליני מורשה. המבטח ישתתף בשיעור של 75% מעלות הטיפול אך לא יותר מאשר 150 ש"ח לכל טיפול. מספר הטיפולים מוגבל ל 25 לכל תקופת הביטוח.

14 בדיקות גנטיות

ביצוע בדיקות גנטיות במקרים בהם הבדיקה איננה ממומנת על ידי קופת החולים או אינה מכוסה בסל הבריאות. המבטח ישתתף ב 80% מעלות הבדיקה ועד 150 ש"ח, אחת לכל 3 שנים.

15 אביזרים רפואיים

מדרסים: מצבו הבריאותי של המבטח המחייב על פי הוראה של רופא אורטופד או נירולוג שימוש במדרסים. המבטח ישתתף עד 85% מההוצאה ולא יותר מ 300 שח אחת לכל 3 שנים.

חגורה מתקנת: מצבו הבריאותי של המבטח שגילו פחות מ 18 שנה, המחייב שימוש בחגורה מתקנת מסוג מילוקי או בוסטון, וזאת על פי הוראת רופא אורטופד או נירולוג.

השתתפות המבטח היא עד 75% מסכום ההוצאה לרכישת החגורה ועד לסכום מכסימלי של 1,100 ש"ח לכל תקופת הביטוח.

מכשיר ליישור גב: עקב מצבו הבריאותי של המבטח שגילו עד 18 שנה והמחייב על פי הוראת רופא אורטופד או נירולוג שימוש במכשיר אלקטרוני ליישור הגב.

המבטח ישתתף בכיסוי עד 60% מההוצאה ועד 750 ש"ח לכל תקופת הביטוח.

16 תקופת אכשרה

לכיסוי על פי סעיפים 1 – 15 בפרק זה תקופת אכשרה של 90 יום.

17 הגבלות לאחריות המבטח – חריגים

כל החריגים הכלליים הכלולים בפרק המבוא יחולו במלואם גם על פרק זה.

פרק שישי - חוות דעת משלימה SECOND OPINION

1. המבטח ישא בהוצאות המבוטח בגין חוות דעת שניה ע"י מוסדות או רופאים עמם יש לו הסכם.
2. הגדרות
 - 2.1 **חוות דעת רפואית ראשונה:** דו"ח רפואי מלא, מפורט ומתועד הכולל מסקנות רופאו של המבוטח וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות צילומי רנטגן, MRI, C.T, ובדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות ותוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכ"ו.
 - 2.2 **חוות דעת רפואית שניה:** דו"ח רפואי מלא ומפורט שיימסר למבוטח ע"י נותן חוות הדעת השניה, לאחר שקיבל לידיו מאת המבטח את חוות הדעת הראשונה במסגרת חוות הדעת השניה יכלול גם לפי בקשת המבוטח ו/או רופאו פענוח תצלומי רדיולוגיה, פתולוגיה, קרדיולוגיה וכ"ו.
 - 2.3 **נותן חוות דעת שניה:** מרכז רפואי ו/או רופא מומחה ו/או בית חולים עמו קשורה החברה.
3. **מקרה הביטוח**

זכאותו של המבוטח לקבל חוות דעת רפואית שניה בכל תחום רפואי ע"י גורם עמו יש למבוטח הסכם למתן חוות דעת רפואית שניה.
4. **הזכאות ותהליכי הגשת הבקשה**
 - 4.1 במידה וירצה המבוטח בחוות דעת שניה, יצור קשר עם המבטח.
 - 4.2 המבטח יבדוק את זכאות המבוטח וינחה אותו לגבי הכנת חוות הדעת הראשונה שעליו להמציא כבסיס לבקשתו ובכדי לאפשר מתן חוות דעת שניה.
 - 4.3 המבוטח יוכל להפגש עם הרופא המעניק את חוות הדעת השניה בין אם לבדו ובין בלווי רופא המשפחה וזאת תוך 72 שעות מעת קבלת הבקשה לפגישה.
 - 4.4 לפני העברת המסמכים מהמבוטח למבטח ולמעניק חוות הדעת השניה יחתום המבוטח על כתב ויתור על סודיות רפואית למבטח ולמעניק חוות הדעת השניה וזאת כתנאי מהותי למילוי בקשתו.
 - 4.5 חוות הדעת הרפואית השניה תמסר בכתב למבוטח או לרופאו.
5. **סכום הביטוח**

הסכום המירבי שישולם בגין פרק זה לא יעלה על 6,000 ₪ לכל שנת ביטוח.
6. **ההשתתפות העצמית**

סכום ההשתתפות העצמית בפרק זה עומד על 50 ₪ (כולל מע"מ) שישולמו ע"י המבוטח עם הגשת בקשת לקבלת חוות דעת שניה.
סכום ההשתתפות העצמית לא יהיה ניתן להחזר מכל סיבה שהיא.

7. פטור מאחריות

המבטח לא יהיה אחראי לתוכן חוות הדעת הרפואית השניה, רשלנות רפואית או כל רשלנות אחרת של נותן חוות הדעת השניה ו/או כל עיכוב שיחול בהעברת החומר הרפואי לנותן חוות הדעת הרפואית השניה או העברת חוות הדעת השניה אל המבטח.

8. תוקף

8.1.1 סיום השירות על פי פרק זה יהיה עם מסירת חוות הדעת השניה לידי המבטח או לידי רופאו .

8.1.2 תוקף שירות זה לא יחול במקרים הבאים :

א. הפוליסה בוטלה מכל סיבה שהיא.

ב. לא יהיה ניתן להשיג חוות דעת שניה מחמת מלחמה, פעולת איבה / טרור, סכסוכי עבודה, מהומות, פגיעות איתני טבע, כח עליון, או כל גורם אחר שאיננו בשליטת המבטח



נוהל הגשת תביעה

מה לעשות כאשר נזקקים לניתוח ?

יש ליצור קשר מידי עם מוקד שרות הלקוחות או מח' התביעות של החברה, החברה תסייע ביצירת קשר עם רופא מנתח שברשימת רופאי ההסדר במידת הצורך.

המבוטח או בא כוחו ימלא טופס תביעה שיועבר אליו באמצעות מחלקת התביעות של החברה ויצרף אליו את כל המסמכים הרלוונטים הקשורים לניתוח.

לאחר בחירת הרופא המנתח יש להעביר לחברה את שמו, הסכמתו לביצוע הניתוח ומכתב המכיל את כל פרטי תולדות המחלה וסוג הניתוח.

במידה והמבוטח יבחר במנתח שברשימת רופאי ההסדר, תשלם החברה את שכר המנתח ושכר בית החולים ישירות לנותני השירות.

אם יבחר המבוטח במנתח שאינו קשור בהסכם עם חברת הביטוח, אזי לאחר בדיקת הזכאות תשלם החברה ישירות לבית החולים עבור שירותיו ואילו את שכר המנתח ישלם המבוטח ויקבל החזר תמורת הקבלה המקורית על פי הסכום שחברת הביטוח משלמת למנתח מקביל הנמצא ברשימת רופאי ההסדר.

במקרה ותזדקק לביצוע ניתוח באופן דחוף

במקרה ותזדקק לניתוח באופן דחוף עליך להודיע לבית החולים ולמנתח כי הנך מבוטח בביטוח רפואי בחברתנו. בהזדמנות הראשונה יש להודיע על הניתוח למוקד שרות הלקוחות או למחלקת התביעות של חברתנו ובהמשך לנהוג בהתאם לר"מ.

לקבלת טיפולים ברפואה אלטרנטיבית

לקבלת טיפולים ברפואה אלטרנטיבית יש לפנות למוקד ביקורופא בטלפון 006-225-800-1

טלפון: מח' תביעות - 09-8922228

טלפון שירות לקוחות - 09-8922200

טלפון מח' בריאות - 09-8922251

מוקד ביקורופא - 006-225-800-1

תגמולי ביטוח בתוכניות בריאות שלא בערך נקוב,
ששולמו בתקופה ינואר - יוני 2010 (בשקלים חדשים)

סה"כ שולם	שונות		פיצוי לימי אשפוז	שכר בי"ח	שכר מרדים	שכר מנתח	סוג הטיפול/ ניתוח
	תשלום	פרוט					
9,654	9,654	החזר למבוטח	---	---	---	---	טיפול ורידים
24,533	22,533 2,000	פיצוי לאובדן כושר עבודה - החזר למבוטח 50% - קופ"ח	---	---	---	---	שבר ברגל
20,700	19,000 1,700	פיצוי לאובדן כושר עבודה - החזר למבוטח 50% - קופ"ח	---	---	---	---	ניתוח ברך
2,500	2,500	החזר למבוטח	---	---	---	---	טיפול לייזר בהסתיידות
65,049			---	21,945	---	43,104	תיקון בלב
3,000	3,000	החזר למבוטח 50% - קופ"ח	---	---	---	---	ניתוח קיסרי
6,000	6,000	החזר למבוטח 50% - קופ"ח	---	---	---	---	כריתת כליה
7,980			---	2,980	---	5,000	פריצת דיסק