

מנורה  
מבטחים



בטח שאפשר!

## פוליסת ביטוח

אוניברסיטת בן גוריון בנגב ובני משפחותיהם



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב  
Ben-Gurion University of the Negev



**תוכן עניינים**

עמוד	שם הפרק
2	הקדמה
3	גילוי נאות
10	מבוא, תנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה
38	פרק א' - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
44	פרק ב' - תרופות מיוחדות
47	פרק ג' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
53	פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
58	פרק ה' – שירותים אמבולטוריים
60	מפרט הפוליסה
61	נספחים
63	אופן הגשת תביעה והנחיות להגשת תביעה

## מבטוח/ת יקר/ה,

אנו מברכים אותך על הצטרפותך לתוכנית הבריאות מבית מנורה מבטחים ביטוח בע"מ. הפוליסה מכסה מגוון רחב של מקרי ביטוח ומאפשרת לך שקט נפשי במקרה של בעיה רפואית.

תכנית הביטוח שלפניך, מיועדת להעניק לך כיסוי לאירועים רפואיים מורכבים ועתירי עלות, ומבטיחה שירות איכותי ומייד.

במסגרת התכנית, המבטחים זכאים לכיסויים בתחום הרפואה הפרטית והשירותים הרפואיים, גם אלו אשר אינם מכוסים על פי סל הבריאות הממלכתי וע"י קופות החולים.

חוברת זו שבידיכם מכילה תיאור מפורט של הביטוח המוצע לעובדים, ומומלץ לכל עובד להכיר את פרטי תכנית הביטוח והאפשרויות המוצעות.

הפוליסה שבנדון תחל בחברתנו מיום 1.4.2020 ותבוא לסיימה ביום 31.3.2025.

הפוליסה תכלול רובד אחד, ובו הכיסויים הבאים:  
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות (כולל 29 ג'), ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ – השתתפות עצמית 3000 ₪, ניתוחים וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל, שירותים אמבולטוריים.

בברכת בריאות טובה לך ולבני ביתך,  
תחום בריאות  
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

**ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אוניברסיטת בן גוריון ובני משפחתם –  
תמצית תנאי הביטוח**

**פרקי הפוליסה:**

- פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
- פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
- פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ
- פרק ד' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
- פרק ה' - שירותים רפואיים נוספים – אמבולטורי

<b>מוקד שירות לקוחות</b> החברה: *2000 פקס: 153- 747049338	<b>כתובת הדוא"ל של החברה:</b> <a href="mailto:moked-health@menora.co.il">moked-health@menora.co.il</a>	<b>כתובת למשלוח דואר:</b> לידי תחום בריאות ת.ד. 927 תל אביב 6100802	<b>כתובת אתר החברה:</b> <a href="http://www.menoramivt.co.il">www.menoramivt.co.il</a>
---	---	--	---

<b>תמצית תנאי הפוליסה</b>	
<b>שם הביטוח</b>	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אוניברסיטת בן גוריון ובני משפחתם
<b>סוג הביטוח</b>	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, שירותים רפואיים נוספים – אמבולטורי
<b>תקופת הביטוח</b>	1.4.2020-31.3.2025 (5 שנים)
<b>תיאור תכנית הביטוח</b>	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, שירותים רפואיים נוספים – אמבולטורי
<b>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (החריגים בפוליסה)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• לא יכוסו מקרי ביטוח בהתאם להוראות מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 10 בפרק התנאים הכללי</li> <li>• לא יכוסו מקרי ביטוח המוחרגים בסעיפים הבאים בתכנית הביטוח:  <a href="#">פרק התנאים הכלליים - סעיף 9</a>  <a href="#">פרק ב' – סעיף 3</a>  <a href="#">פרק ג' – סעיף 6</a>  <a href="#">פרק ד' – סעיף 5</a>  <a href="#">פרק ה' – סעיף 3</a> </li> </ul>
<b>קיומים של כסויים חופפים לביטוח משלים בקופ"ח</b>	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים

להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח לתכנית הביטוח:  
פרמיה קבועה, למעט במקרה של מעבר מפרמיית ילד (גיל 25 כולל)  
לפרמיית בוגר (גיל 26 ומעלה)

**עלות הביטוח**

**דמי הביטוח**

76 ₪	עובד בן/בת זוג של עובד ילדים מעל גיל 26 של עובד / גמלאי חתנים וכלות של עובד / גמלאי
19 ₪	ילד (עד גיל 26) של עובד / גמלאי נכד (עד גיל 26) של עובד / גמלאי
162 ₪	גמלאי בן/בת זוג של גמלאי

- מחיר הביטוח לא ישתנה במהלך תקופת הביטוח, למעט האפשרות לעדכן את הפרמיה, במסגרת מנגנון התאמת פרמיה הקבוע בסעיף 15, לפרק התנאים הכללים ולמעט שינויים הנובעים מהצמדה למדד המחירים לצרכן. מחירי הביטוח למוצר זה נכונים למועד פרסומם.
- הצטרפות בני משפחה לתכנית הביטוח מותנית בביטוח העובד בפוליסה.
- המדד היסודי: מדד חודש מרץ 2020, אשר יפורסם בתאריך 15.4.2020

פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	תקרת הכיסוי	תקופת אכשרה – אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול	השתתפות עצמית	
השתלות <a href="#">כמפורט בסעיף 3</a>	השתלה אצל נותן שירות שבהסכם	שיפוי מלא	30 יום	אין	
	השתלה שלא אצל נותן שירות שבהסכם	₪ 5,500,000			
	הוצאות איתור איבר להשתלה	₪ 175,000			
	הוצאות שימוש או השתלת לב מלאכותי	₪ 1,000,000			
	פיצוי עקב השתלה <a href="#">כמפורט בסעיף 6</a>	בביצוע השתלה ללא מעורבות המבטחת			₪ 250,000
		במקרה של צורך רפואי בהשתלה			₪ 250,000
		טיפול מיוחד בחו"ל			₪ 1,000,000
	טיפול מיוחד בחו"ל <a href="#">כמפורט בסעיף 3</a>	פיצוי חד פעמי על אי תביעה			₪ 50,000
פיצוי חד פעמי במימון חלקי של קופת החולים		₪ 25,000			

		שיפוי מלא	הוצאות טיפול רפואי במסגרת אשפוז	שיפוי להוצאות השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל <a href="#">כמפורט בסעיף 4</a>
		שיפוי מלא	הוצאות אשפוז בחו"ל	
		80,000 ₪	הוצאות טיפולי המשך בחו"ל לאחר ביצוע השתלה	
		30,000 ₪	הוצאות טיפולי המשך בחו"ל לאחר טיפול מיוחד בחו"ל	
		שיפוי מלא	הוצאות נסיעה לחו"ל	
		175,000 ₪	הוצאות הטסה רפואית	
		שיפוי מלא	הוצאות שהייה סבירות בחו"ל	
		שיפוי מלא	הוצאות הטסת גופה	
		60,000 ₪	הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל	
<b>פרק ב' – תרופות מיוחדות</b>				
200 ₪ למרשם ועד 500 ₪ לכלל המרשמים	30 יום	2,000,000 ₪ מתחדש כל 3 שנים	כיסוי לתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות, שכלולה בסל אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, תרופה OFF	תרופות מיוחדות <a href="#">כמפורט בסעיף 2</a>

			LABEL תרופת יתום.	
		1,000,000 ₪	29 ג'	
		250 ₪	עלות השירות הכרוך במתן התרופה עד 30 יום כמפורט	
<b>פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל</b>				
3000 ₪	90 יום, הריון או לידה 12 חודשים	שיפוי מלא	3 התייעצויות, שכר מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות כחלק מהניתוח, הוצאות אשפוז עד תקרה של 30 יום	ניתוח בארץ <a href="#">כמפורט</a> <a href="#">בסעיף 3</a>
3000 ₪		שיפוי מלא	טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח <a href="#">כמפורט</a> <a href="#">בסעיף 3.4</a>
<b>פרק ד' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</b>				
אין	30 יום, הריון, לידה ופוריות 6 חודשים	שיפוי מלא	שכר מנתח	ניתוח המבוצע בחו"ל <a href="#">כמפורט</a> <a href="#">בסעיף 3</a>
		שיפוי מלא עד 30 יום אשפוז	הוצאות בית חולים בחו"ל	
		1200 ₪ ליום 30 ימי שהייה. מבוטח קטין עד 1500 ₪ ליום 30 ימי שהייה	הוצאות טיסה ושהייה	
		80,000 ₪	הטסה רפואית	



		שיפוי מלא	הוצאות הטסת גופה	
		10,000 ₪	פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול	פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול <a href="#">כמפורט בסעיף 3.6</a>
20%		7000 ₪	טיפולים פידיותרפיים, ריפוי בעיסוק, יעוץ דיאטטי, שיקום כושר הדיבור	שיפוי לאחר אשפוז ממושך <a href="#">כמפורט בסעיף 3.7</a>
<b>פרק ד' – שירותים אמבולטוריים</b>				
20%	30 יום	1200 ₪	התייעצות אחת בכל שנת ביטוח	התייעצות עם רופא מומחה בעת גילוי מחלה קשה <a href="#">כמפורט בסעיף 2.1</a>
		11,000 ₪ לשנת ביטוח ו15,000 ₪ לבדיקות לגידולים ממאירים בשנת ביטוח	בדיקות רפואיות אבחנתיות	בדיקות אבחנתיות <a href="#">כמפורט בסעיף 2.2</a>
		5500 ₪	3 חוות דעת שניה ואילך של מומחה בארץ או בחו"ל בכל שנת ביטוח	חוות דעת רפואית שניה של מומחה בארץ או בחו"ל <a href="#">כמפורט בסעיף 2.3</a>
		700 ₪ ליום ועד 14 ימים	ימי החלמה בבית החלמה בגין ביצוע ניתוח	ימי החלמה <a href="#">כמפורט בסעיף 2.4</a>

### הערות:

**לתשומת לבך**, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן, מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח. \*חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל, וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת, לא תהיה זכאי להחזר כפול, מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

**אופן משלוח מסמכי דיווח** - מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח והדוח השנתי (להלן - מסמכי הדיווח) ישלחו למבוטחים בדואר אלקטרוני, בליווי מסרון לטלפון הנייד. (ככל שלא ביקשו קבלת מסמכי הדיווח בדואר ישראל). באפשרותכם לשנות/ לעדכן בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 2000\* או באמצעות כניסה למידע האישי באתר האינטרנט של החברה בכתובת: [www.menoramivt.co.il](http://www.menoramivt.co.il).

יובהר, כי שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

**נספח "גילוי נאות" הוא למידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהפוליסה. התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בפוליסה.**

## הסכם לביטוח רפואי קבוצתי (קולקטיבי) לעובדי אוניברסיטת בן גוריון בנגב ובני משפחותיהם

שנערך ונחתם ב \_\_\_\_\_, ביום \_\_\_\_\_ בחודש \_\_\_\_\_ לשנת 2020

### מבוא, תנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה

**1. מבוא:** תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן, החברה תשפה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות בגין מקרה הביטוח, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח למקרה ביטוח, בהתאם לאמור בכל אחד מפרקי פוליסה זו, בתנאיה סייגיה וחריגיה. השימוש בלשון זכר בפוליסה זו מתייחס גם ללשון נקבה, אלא אם כן צוין אחרת.

**2. הגדרות:** בכל הנוגע לפרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל/ ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), תגברנה ההגדרות הקבועות בפרק זה על ההגדרות בפרק התנאים הכלליים.

בפוליסה תהיה לכל אחד מן המונחים המשמעות לצדו, כמפורט להלן:

**2.1 הפוליסה:** חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה בעבור המבוטחים לבין החברה וכל נספח או תוספת, לרבות כתב שירות, המצורפים לו. הפוליסה כוללת את הפרקים הבאים:

2.1.1 פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

2.1.2 פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

2.1.3 פרק ג' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

2.1.4 פרק ד' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

2.1.5 פרק ה' - שירותים רפואיים נוספים – אמבולטורי

**2.2 המבטח:** המבטח שזכה במכרז מס' 5285/2019 שפורסם על ידי בעל הפוליסה (להלן: "החברה" / "המבטח").

**2.3 בעל הפוליסה:** אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

**2.4 המבוטח:** עובדי בעל הפוליסה, חברי הסגל המנהלי והטכני ו/או גמלאים חברי הסגל המנהלי והטכני, ובני משפחתם כמוגדר להלן.

<p>מבוטח שנכלל בהסכם הביטוח הקודם, במועד הקובע ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה ובהתאם לצירוף מבוטח עפ"י תקנת ביטוח בריאות קבוצתית.</p>	<p><b>2.5 מבוטחים קיים/קיימים:</b></p>
<p>עובד חדש אצל בעל הפוליסה שלא עבד אצל בעל הפוליסה, במועד הקובע, ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.</p>	<p><b>2.6 עובד חדש:</b></p>
<p>עובד שנכלל בהסכם הביטוח הקודם במועד הקובע.</p>	<p><b>2.7 עובד קיים:</b></p>
<p>מי שהיה מבוטח במועד הקובע בהסכם הביטוח הקודם מכוח ההסכם הקודם ו/או מי שהיה מבוטח על פי פוליסה זו והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו או בוטל מחמת אי תשלום דמי ביטוח או מכל סיבה אחרת וכעת מבקש להצטרף לביטוח מחדש.</p>	<p><b>2.8 מבוטח חוזר:</b></p>
<p>ילד של עובד או ילד של בן/בת זוגו של העובד - אשר טרם מלאו לו 26 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. <b>מכל מקום, עובד/ בן זוג, כהגדרתו/ם בפוליסה זו, לא יוגדרו/ו כילד לעניין פוליסה זו, גם אם טרם מלאו לו/להם 26 שנה.</b></p>	<p><b>2.9 ילד:</b></p>
<p>ילד, עד גיל שישה חודשים, שנולד במהלך תקופת הביטוח להורים, אשר אחד מהם מבוטח במסגרת פוליסה זו, יהיה מבוטח בתנאי שצורף לביטוח בכפוף לבקשה בכתב למבטח לצירופו ויתר התנאים להצטרפות לביטוח על פי</p>	<p><b>2.10 תינוק:</b></p>

פוליסה זו ומכל מקום לא לפני מועד קבלת הבקשה כאמור.

בן/בת זוג של עובד/גמלאי קיים או חדש, לרבות ידוע בציבור (בכפוף לתצהיר העובד בכתב בדבר היותו ידוע בציבור), בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

בן/בת זוג של עובד/גמלאי, או ילד של עובד/גמלאי, או ילד של בן/בת זוג של עובד/גמלאי, או נכד של עובד/גמלאי, או חתן/כלה של עובד/גמלאי.

הכיסוי הביטוחי שהיה כלול בפוליסה לביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה שתוקפה פג ביום היכנס פוליסה זו לתוקף.

הכיסוי הביטוחי הכלול בפוליסה זו.

לגבי מבטחים קיימים – המועד הקובע. לגבי מבטחים חדשים - מועד הצטרפות המבוטח לביטוח על-פי פוליסה זו.

**1.04.2020**

תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח של המבוטח. תקופה רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה, לפי העניין, המתחילה לגבי כל מבוטח בפוליסה, במועד תחילת הביטוח המקורי של אותו מבוטח או במועד כניסת כל מרכיב כיסוי ביטוחי שיצורף לפוליסה לאחר מכן, או במועד חידוש הפוליסה (לאחר ביטולה על ידי המבוטח) ואשר מסתיימת בתום התקופה הנקובה בפרקים או הסעיפים הרלוונטיים בפוליסה זו, לפי העניין, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק או סעיף, לפי העניין. **החברה לא תהיה אחראית לתשלום על-פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח אשר אירע**

2.11 בן זוג:

2.12 בן משפחה:

2.13 כיסוי ביטוחי קיים:

2.14 כיסוי ביטוחי חדש:  
2.15 מועד תחילת הביטוח:

2.16 המועד הקובע:  
2.17 שנת ביטוח:

2.18 תקופת אכשרה:

<b>בתקופת האכשרה. מקרה ביטוח אשר ארע בתקופת אכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תקופת הביטוח ושיאינו מכוסה.</b>	
הסכום המרבי שהחברה מתחייבת לשלם בגין מקרה ביטוח אחד, או הסכום המצטבר בגין מקרי הביטוח, כמצוין בכל פרק ופרק או סעיף וסעיף בפוליסה זו, לפי העניין ועד לתקרת ההוצאה בפועל.	<b>2.19 סכום הביטוח:</b>
מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.	<b>2.20 מדד:</b>
המדד שיפורסם ביום 15/4/2020.	<b>2.21 המדד היסודי:</b>
דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.	<b>2.22 הפרמיה:</b>
עובד אצל בעל הפוליסה אשר פרש לגמלאות.	<b>2.23 גמלאי:</b>
גיל המבוטח ייחשב לפי חודש הולדתו של המבוטח למשך כל השנה העוקבת.	<b>2.24 גיל המבוטח:</b>
תאריך לידתו של המבוטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.	<b>2.25 תאריך לידה:</b>
גיל המבוטח ייחשב לפי חודש הולדתו של המבוטח למשך כל השנה העוקבת.	<b>2.26 גיל ביטוחי:</b>
חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 על תיקוניו ותוספותיו, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.	<b>2.27 חוק חוזה הביטוח:</b>
מדינת ישראל, לרבות החלקים אשר בשליטה מלאה של ישראל ביהודה ושומרון.	<b>2.28 ישראל:</b>
כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב או מדינות שאין לישראל יחסים דיפלומטיים עימן.	<b>2.29 חו"ל:</b>
<b>2.30 כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגרגוריאני.</b>	
חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה. יובהר, תגמולי הביטוח שישלם המבוטח הינם בעבור הוצאות המבוטח	<b>2.31 השתתפות עצמית:</b>

שמעבר להשתתפות העצמית הקבועה, אם קבועה.

מערך עובדתי ונסיבתי כמתואר בכל אחד מפרקי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לקבלת תגמולי ביטוח **בכפוף לתנאים ולסייגים הקבועים בפוליסה.**

מוסד רפואי בישראל המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.

מוסד רפואי בישראל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ואינו בית חולים ציבורי, שבמסגרתו ניתן לקבל שירותי רפואה פרטיים, ואשר אושר על ידי רשות מוסמכת כדין, וכן מסלולי שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים.

מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהמוסדות המוסמכים במקום בו הוא פועל, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על-פי הפוליסה ואשר לחברה הסכם התקשרות עמו.

שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, ולמעט שהייה במחלקת שיקום של בית חולים ציבורי או פרטי או בבית חולים שיקומי.

אשפוז למשך יממה (24 שעות) ברציפות. הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.

רופא שהוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים במקום ביצוע הניתוח בישראל כרופא מנתח.

2.32 מקרה ביטוח:

2.33 בית חולים ציבורי:

2.34 בית חולים פרטי:

2.35 בית חולים שבהסכם:

2.36 אשפוז:

2.37 יום אשפוז:

2.38 המוטב:

2.39 רופא מנתח:

רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.	<b>רופא מרדים:</b>	<b>2.40</b>
מנתח אשר הסכים לקבל ישירות מאת החברה שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח שביצע במבוטח, כשהוא מאושפז במסגרת בית חולים פרטי.	<b>מנתח שבהסכם:</b>	<b>2.41</b>
חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.	<b>חדר ניתוח:</b>	<b>2.42</b>
מנתח אשר תמורת ניתוח במבוטח יחייב את המבוטח בתשלום ישירות ולא באמצעות החברה.	<b>מנתח אחר:</b>	<b>2.43</b>
כל רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גוף אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטח במועד אספקת השירות המכוסה על פי תנאי הפוליסה ונספחיה.	<b>נותן שירות שבהסכם:</b>	<b>2.44</b>
כל רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גוף אחר אשר איננו נותן שירות שבהסכם כהגדרתו לעיל.	<b>נותן שירותים שאינו בהסכם/אחר:</b>	<b>2.45</b>
פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, לאבחון ו/או לטיפול ו/או מניעה, כגון: ביופסיות ו/או הראית אברים פנימיים למיניהן, פעולות אנדוסקופיות, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה. <b>ההגדרה של ניתוח (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20 /2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".</b>	<b>ניתוח:</b>	<b>2.46</b>



מובהר כי הגדרה זו לא תחול על פרק  
"ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ".

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). במקרה שההפניה לניתוח  
הייתה דרך חדר מיון אך בוצעה לאחר 48  
שעות ומעלה ממועד הכניסה לחדר המיון –  
ייחשב הניתוח כניתוח אלקטיבי.

2.47 ניתוח אלקטיבי:

ניתוח הכולל פתיחת בית החזה/ לב פתוח  
(לרבות ניתוח מעקפים) או ניתוח מח או ניתוח  
גב או ניתוח אשר המבוטח שהה באשפוז  
לפחות 10 ימים לאחר הניתוח.

2.48 ניתוח גדול:

מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני  
מועד הצטרפותו לביטוח לרבות בשל מחלה או  
תאונה; לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך  
של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של  
אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת  
החודשים שקדמו למועד תחילת הביטוח  
המקורי של אותו המבוטח.

2.49 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,

2.50 סייג בשל מצב רפואי קודם:

ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.  
תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות הממלכתי.  
קופות החולים שהוכרו על ידי שר הבריאות.

2.51 קופת חולים:

תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי  
הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים.

2.52 תכנית שב"ן/ שירותי

כהגדרתו בחוק הבריאות הממלכתי, המנוהלת על ידי קופת החולים אליה שייך המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.	<b>בריאות נוספים (שב"ן):</b>
1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.	<b>2.53 חוק ביטוח בריאות ממלכתי: חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994,</b>
מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים למבוטחיהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה למבוטחיה.	<b>2.54 סל הבריאות הממלכתי:</b>
מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.	<b>2.55 בית מרקחת:</b>
חומר כימי או ביולוגי אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.	<b>2.56 תרופה:</b>
מסמך רפואי חתום ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. <b>למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.</b>	<b>2.57 מרשם:</b>
רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.	<b>2.58 רופא מומחה:</b>
נטילת תרופה בישראל בצורה חד פעמית או מתמשכת.	<b>2.59 טיפול תרופתי:</b>
תרופה אשר אושרה ולא הוכרה כתרופת יתום לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: " <b>מחלה יתומה</b> ") למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של	<b>2.60 תרופת יתום:</b>

המולקולות והתאים של אותו אדם. קביעת התרופה כתרופה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת תרופה מסוג זה ותתבסס על קביעת ה-FDA האמריקאי לגבי ארה"ב ועל ידי ועדת מוצרים יתומים (COMP) Committee for Orphan Medicinal Products מטעם ה-EMEA לגבי מדינות האיחוד האירופאי.

כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושגלים 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 השתלות בפוליסה). מובהר כי הגדרה זו אינה חלה על פרק הניתוחים בארץ.

2.61 שותל:

**3. הצהרת בעל הפוליסה:** בעל הפוליסה מצהיר, כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

**4. אופן ההצטרפות לביטוח:**

**4.1 מבטחים קיימים:**

4.1.1 כל המבוטחים הקיימים, יועברו מהפוליסה הקודמת לפוליסה החדשה, ללא חיתום רפואי מחדש וללא מניין מחדש של תקופות כאשרה וללא סייג מצב רפואי קודם כהגדרתו בסעיף 10 להלן (רצף ביטוחי), ולאחר שאישרו את צירופם אם ידרשו לכך בהתאם לתקנות הקיימות.

**מבוטחים קיימים שהתקבלו לפוליסה הקודמת עם סייג למצב רפואי קודם יועברו באותם תנאים והסייג הרפואי, הקיים בגינם, ימשיך גם בתקופת הביטוח של הפוליסה החדשה.**

4.1.2 **עובד קיים ובני משפחתו שלא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת** - יוכלו להצטרף לפוליסה, לאחר שמילאו טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר קבלת מכתב שהחברה מאשרת את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות וסייגיה.

- 4.1.3 **עובד חדש ובני משפחתו - עובד חדש אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו של עובד חדש (בן זוג, ילד עד גיל 26 שנה) יוכלו להצטרף פוליסה, לאחר מילוי טופס הצטרפות ללא הצהרת בריאות אם יצורפו במהלך 90 ימים מיום תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה. לאחר מועד זה, יוכלו להצטרף לאחר שמילאו טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר קבלת מכתב שהחברה מאשרת את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות וסייגיה.**
- 4.1.4 **ילדים מעל גיל 26 שנה של עובד/ת מבוטח או של בן/בת זוג מבוטח של עובד/ת, כלות וחתנים של עובד/ת מבוטח או של בן/בת זוג מבוטח של עובד/ת ונכדים של עובד מבוטח או של בן/בת זוג מבוטח של עובדת - יוכלו להצטרף לאחר שמילאו טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר קבלת מכתב שהחברה מאשרת את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות וסייגיה.**
- 4.1.5 **ילדים מעל גיל 26 שנה של גמלאי מבוטח ו/או של בן/בת זוג מבוטח של גמלאי, כלות וחתנים של גמלאי מבוטח ו/או של בן/ת זוג מבוטח/ת של גמלאי ונכדים של גמלאי מבוטח או של בן/ת זוג מבוטח/ת של גמלאי - יוכלו להצטרף לאחר שמילאו טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר קבלת מכתב שהחברה מאשרת את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות וסייגיה.**
- 4.1.6 **עובד/ת שנישאה/ת יוכל לצרף את בן/בת זוגו לאחר מילוי טופס הצטרפות ללא הצהרת בריאות אם יצורפו במהלך 90 ימים מיום תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה. לאחר מועד זה, יוכלו להצטרף לאחר שמילאו טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר קבלת מכתב שהחברה מאשרת את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות וסייגיה.**
- 4.1.7 **תינוק שנולד לעובד מבוטח וצורף לביטוח תוך 90 יום מיום לידתו לאחר מילוי טופס הצטרפות ללא הצהרת בריאות אם יצורף במהלך 90 ימים מיום לידתו ויהא מבוטח מיום לידתו. לאחר מועד זה, יוכל להצטרף לאחר מילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר קבלת מכתב שהחברה מאשרת את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות וסייגיה.**
- 4.1.8 **תינוק שנולד למבוטחים קיימים (שאינם העובד) יוכל להצטרף לאחר מילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר קבלת**

מכתב שהחברה מאשרת את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות וסייגיה.

#### 4.2 מבטחים חדשים:

החל מהמועד הקובע מבטחים חדשים יצורפו לביטוח, לפי המועד המאוחר מבין המועדים הבאים:

- 4.2.1 במקרה בו חלות הוראות סעיף 4.3 לפוליסה, כל 1 לחודש העוקב למועד מילוי טופס ההצטרפות;
- 4.2.2 היום בו נקב שמו של המבוטח החדש ברשימת המבוטחים שהועברה על ידי בעל הפוליסה למבטח;
- 4.2.3 הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו הסכימה החברה לקבל את המבוטח החדש לביטוח, במקרה שנדרש המבוטח למילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות פוליסה זו;
- 4.2.4 היום בו התקבל אמצעי תשלום תקף שניתן לגבות ממנו תשלום הפרמיה הראשונה;

#### 4.3 מוטלת על מבוטח לפי תנאי הפוליסה חובה אחת מאלה:

- 4.3.1 לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לענין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;
  - 4.3.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה;
- לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי הכיסוי בפוליסה ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של עובד בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד לצירוף ילדו או בן זוגו.

#### 4.4 סעיף 4.3 לא יחול על פוליסה שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

- 4.4.1 הפוליסה הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
- 4.4.2 חידוש הפוליסה 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 מחדשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

לא בטולו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה "פרק כיסוי בסיסי" – פרק הכולל את אחד או יותר מהכיסויים האלה: ניתוחים, תרופות, השתלות, מחלות קשות.

4.4.3

#### 4.5 מבטח חוזר:

מבטח חוזר אשר ביטל את הפוליסה באופן יזום / דווח על ידי המעסיק כפורש יצטרף מחדש לביטוח רק בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות חדשה, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיה.

#### 4.6 רצף ביטוחי:

עובד ו/או בני משפחתו אשר היו מבטחים עד להצטרפותם לפוליסה זו, בפוליסת ביטוח בריאות פרטית או קבוצתית אצל המבטח או אצל מבטח אחר, ושהיו מעוניינים להצטרף לביטוח שעל פי פוליסה זו ובהתאם לתנאי ההצטרפות האמורים לעיל, בתקופה בה הם אינם נדרשים במילוי הצהרת בריאות, ייהנו מרצף ביטוחי ומביטול תקופת אכשרה שעל פי הפוליסה ממנה הם עוברים לגבי הכיסויים החופפים ובכפוף להצגת מסמכים מתאימים כגון: הפוליסה ממנה מבקשים לעבור וכדומה. למען הסר ספק, רצף ביטוחי בסעיף זה משמעו, כי לעניין תקופת אכשרה וחרג מצב רפואי קודם, תחילת הביטוח עפ"י הסכם זה הוא המועד בו הצטרף לביטוח הקודם ועל פי הכיסויים והסכומים אשר היו בביטוח הקודם ובביטוח הנוכחי. למרות האמור ולמען הסר ספק מקרה ביטוח אשר קרה בתקופת הביטוח הקודמת יכוסה במסגרת הביטוח הקודם ולא יכוסה במסגרת פוליסה זו. יובהר ויודגש, כי המעבר להסכם זה יעשה ברצף ביטוחי בתנאי כי לא הייתה הפסקה בין ביטוח קודם לביטוח זה. מועמד לביטוח אשר הצטרף לפוליסה הקודמת עם הצהרת בריאות ומעוניין לעבור ברצף ביטוחי לפוליסה זו הוא יצורף לפוליסה זו ברצף ביטוחי על פי סעיף זה עם ההחלטות הרפואיות שנקבעו לו בתקופת הביטוח הקודם. לצורך אישור הרצף יידרש המבוטח להמציא פוליסת ביטוח תקפה וכן אישור תנאי קבלה ותשלומי פרמיה.

4.7 יובהר, כי השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בשל טעות טכנית של מבטח מרשימת המבוטחים, מקום בו המבוטח ביקש להצטרף לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה, לא יגרע מהפוליסה והכל בתנאי שצירופו יעשה/נעשה בהתאם לתנאי הפוליסה. במקרה כאמור, המבוטח או בעל הפוליסה יציגו למבטח טופס

הצטרפות לביטוח ו/או מסמכים הרלוונטיים לניכוי דמי ביטוח משכרו של המבוטח, ככל שבוצע הניכוי באמצעות שכרו.

## 5. מתן מסמכים למבוטח:

**5.1** המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה וטופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח על הביטוח; על אף האמור, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על 3 חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח תקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין:

5.1.1 כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי

5.1.2 את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה

5.1.3 את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

**5.2** חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

**5.3** נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח והתאמת דמי הביטוח.

## 6. מתן הודעות למבוטח:

**6.1** חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 8.1.4 להלן, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדר המשמעות של העדר הרצף הביטוחי;

- 6.2** לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- 6.3** חודשה פוליסה לקבוצת מבטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 6.4** הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח ויפרט בהודעה כאמור, כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 6.5** פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 8.1.5 להלן ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, תוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, כוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.
- "שינוי פרמיה"** - לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.
- "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוח"** - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 6.6** חלה על מבוטח, במועד ההצטרפות לפוליסה, החובה לשלם פרמיה, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתה לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את הפרמיה, שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.



## 7. תקופת הביטוח:

- 7.1 תקופת הביטוח תהיה לתקופה של 60 חודשים החל מיום 1/4/2020 (המועד הקובע) ועד 31/3/2025, ותחודש בהסכמה הדדית לתקופה נוספת של 60 חודשים ("תקופת האופציה").
- 7.2 על אף האמור, האוניברסיטה רשאית להפסיק את ההתקשרות ולבטל את הביטוח, מכל סיבה שהיא, בהודעה מוקדמת של 90 יום.
- 7.3 קודם הארכת תקופת הביטוח בעל הפוליסה יהיה זכאי לקבל את כל נתוני התביעות והאקטואריה של כל תקופות הביטוח החולפות, בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, וכן לבדיקת הנתונים. בעל הפוליסה יהיה רשאי לעשות שימוש בכל המידע שהתקבל מהמבטח, כמפורט לעיל.
- 7.4 הוארכה תקופת הביטוח כאמור לעיל, יפעל המבטח על פי האמור בסעיף 6 לעיל.
- 7.5 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 7.6 הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיפים 7.1 ו-8.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

## 8. תום הביטוח, הפסקת הביטוח עבור מבוטח מסוים והאפשרות להמשכיות:

- 8.1 תום הביטוח עבור מבוטח מסוים יהיה כדלהלן, לפי המוקדם מבניהם:
- 8.1.1 **ביטול על ידי המבוטח:** כל מבוטח רשאי להודיע על ביטול הביטוח עבורו, בכל עת, במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטח. הודיע המבוטח למבטח כאמור, יתבטל הביטוח עבורו כעבור 3 ימים מהיום שבו נמסרה על ידו הודעת הביטול לחברה.
- 8.1.2 **תום תקופת הביטוח:** יום תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 7.1 או מועד תום תקופת הביטוח, לגבי כיסוי מסוים, אם נקבע מועד כזה בתנאי הביטוח, לפי המוקדם מבניהם.
- 8.1.3 **ביטול על ידי המבטח:** ביטול הפוליסה עקב אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות סעיף 14.4 לפוליסה או במקרה של אי גילוי בהתאם להוראות 17 לפוליסה.
- 8.1.4 **ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח:**  
8.1.4.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע בעל

הפוליסה או המבוטח למבטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה, בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

#### 8.1.4.2

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 4.3-4.4 ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 4.4; לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" - "למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

#### 8.1.4.3

על אף האמור בסעיף 8.1.5 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, ככפוף להסכמת המבוטח.

#### 8.1.5

**פרישה לגמלאות:** עובד הפורש לגמלאות ויודיע בכתב תוך 90 יום ממועד הפרישה כי ברצונו להמשיך את הפוליסה ויעביר אמצעי גביה אישי ימשיך להיות מבטח יחד עם בני משפחתו

#### 8.1.6

**העדר זיקה לבעל הפוליסה:** אובדן הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה יביא להפסקת הביטוח, כמפורט להלן:

- 8.1.6.1 **סיום יחסי עבודה:** עזיבת עובד את עבודתו אצל הפוליסה, מכל סיבה שהיא, למעט פרישה לגמלאות, הביטוח של העובד ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו עזב העובד את עבודתו אצל בעל הפוליסה, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין אותו חודש.
- 8.1.6.2 **גירושין או פטירה (חו"ח) של המבוטח עובד/גמלאי של בעל הפוליסה:** התגרש מבוטח עובד/גמלאי אצל בעל הפוליסה, הביטוח של בן הזוג (במקרה של גירושין) והביטוח של בני המשפחה (במקרה של פטירה) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.
- 8.1.6.3 למרות האמור לעיל, במידה והגרש/אלמן יודיעו בכתב תוך 90 יום ממועד הגירושין/פטירה כי ברצונם להמשיך את הפוליסה ויעבירו אמצעי גביה אישי ימשיכו להיות מבוטחים עד לסיום תקופת הביטוח.
- 8.2 **תם הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 במהלך חודש קלנדרי, לא יוחזרו דמי ביטוח יחסיים בגין אותו חודש במהלכו הסתיימה או בוטל הביטוח.**
- 8.3 **הסתיים הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 לגבי המבוטח שהנו עובד אצל בעל הפוליסה משמעו ביטול הביטוח שלו ושל כל בני משפחתו המבוטחים עמו במסגרת הפוליסה.**
- 8.4 **המשכיות:**  
תם הביטוח בהתאם לסעיפים 8.1.2, 8.1.6 (לעניין סעיף 8.1.2 תינתן המשכיות על פי סעיף זה רק במקרה שהסכם הביטוח יסתיים או יתבטל והפוליסה לא תתחדש אצל המבוטח או אצל מבטח אחר, לגבי כלל המבוטחים או חלקם שהביטוח אינו מתחדש עבורם), יהיו המבוטחים בפוליסה ערב האירועים המפורטים בסעיפים אלו רשאים לבקש בכתב להצטרף לכיסויים הביטוחיים החופפים במסגרת אחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות של החברה (להלן: "פוליסת פרט"), כפי שיהיו באותה עת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לפוליסת פרט וכן בהתאם לתנאים הבאים:
- 8.4.1 המבוטח יודיע בכתב למבטח בכתב על רצונו להמשיך להיות מבוטח בפוליסת פרט תוך 90 יום מיום תום הביטוח בפוליסה (הקבוצתית).
- 8.4.2 מועד תחילת הביטוח יהא מיום סיום הפוליסה (הקבוצתית) ובהתאם ישולמו דמי הביטוח. על דמי הביטוח תינתן הנחה של 15% לתקופה של 4 שנים.

- 8.4.3 ההצטרפות לביטוח תהא ברצף ביטוחי (ללא תקופות אכשרה וללא חיתום רפואי מחדש אך כולל חיתום קיים) מחדש ביחס לכיסויים ביטוחיים חופפים בין פוליסת הפרט לפוליסה (הקבוצתית) וביחס לאותם סכומי ביטוח. במקרה בו ירכוש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות אך ורק ביחס לכיסויים ולסכומים הלא החופפים.
- 8.4.4 יובהר, כי ייתכן והמעבר לפוליסת הפרט יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח ביחס לדמי הביטוח ששולמו בגין הפוליסה (הקבוצתית).
- 8.4.5 יובהר כי ההמשכיות לא תינתן למבוטח אשר ביטל מיוזמתו את הביטוח (הקבוצתי), לרבות בהתאם לסעיף 8.1.1. לעיל, או אשר המבטח ביטל את הביטוח לגביו בהתאם לסעיף 8.1.3 לעיל.

9. סייגים כלליים לאחריות החברה שיחולו על כל פרקי הפוליסה, להוציא פרק ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל:  
 החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:
- 9.1 מקרה הביטוח ארע לפני תאריך תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה לעיל.
- 9.2 ניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסטטיים, אלא אם ניתן כיסוי מיוחד, לפי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק הרלוונטי להלן. למרות האמור לעיל, יכוסו ניתוחים קוסמטיים או אסטטיים אם ידרשו לצורך רפואי, בכפוף להמצאת חוות דעת רפואית, שלא מטעמו של הרופא המנתח, באותו הניתוח ולרבות שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד או ניתוח פלסטי שמטרתו תיקון פגם אשר נגרם במהלך ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו.
- 9.3 ניתוחי עיניים וטיפולים לתיקון קוצר ראייה.
- 9.4 ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים כאמור הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום שאינו הרופא המבצע את הניתוח.
- 9.5 אביזרי עזר רפואיים כגון: עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורתופדיים וכדומה, למעט אם נכללו במפורש בכיסוי הביטוחי באחד או יותר מפרקי הביטוח.

- 9.6 עקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות ו/או אי פוריות ו/או היריון ו/או לידה (למעט ניתוח קיסרי וכיסויים הנקובים במפורש בפוליסה ובהתאם לתנאים שנקבעו באותו פרק) ו/או הפלה מלאכותית ותוצאותיה שבוצעה מסיבות נפשיות ו/או סוציאליות ו/או עובדתיות ו/או כלכליות ו/או תכנון משפחה למעט אם נאמר אחרת.
- 9.7 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות, טיפולי היפר תרמיה.
- 9.8 אלכוהוליזם ו/או סמים אסורים על פי החוק.
- 9.9 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי, דהיינו פעילות ספורטיבית אשר שכר ותשלום בצידה
- 9.10 טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 9.11 מקרה ביטוח שארע במישרין בלבד מפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה והמבוטח זכאי לפיצוי או למימון כלשהו של הוצאות הטיפול מגורם ממשלתי. אם זכאי המבוטח לכיסוי חלקי, יישא המבטח ביתרת הכיסוי.
- 9.12 מקרה ביטוח שארע במישרין בלבד מפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה והמבוטח זכאי לפיצוי או למימון כלשהו של הוצאות הטיפול מגורם ממשלתי. אם זכאי המבוטח לכיסוי חלקי, יישא המבטח ביתרת הכיסוי.
- 9.13 סעיף זה לא יחול על תאונות דרכים כהגדרתן בפלת"ד.
- 9.14 טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטרים
- 9.15 ניתוחים או טיפולי שיניים וחניכיים למיניהם, אלא אם ניתן כיסוי מסוים בפרק מסוים ועל פי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק זה.
- 9.15 ניתוחים או טיפולים הנחשבים לניסיוניים ו/או ניתוחים או טיפולים הדרושים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית, למעט אם נאמר אחרת.

## 10. תנאי מיוחד – פטור מחבות המבטח בגין מצב רפואי קודם:

### 10.1 סייג בשל מצב רפואי קיים:

החברה תהיה פטורה מחבותה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

- 10.2 תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:**  
סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח הוא:
- 10.2.1 פחות מ- 65 שנים – יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- 10.2.2 65 שנים או יותר – יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 10.3 סייג של מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים:**  
סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים, שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 10.4 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:**  
סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- 11. תשלום תגמולי הביטוח:**
- 11.1 החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל, לרבות בגין אי ביצוע ניתוח במועד שנקבע לכך מכל סיבה שהיא.
- 11.2 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי אשר סיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלמם למבוטח עצמו.
- 11.3 **חובת מסירת מסמכים:** במקרה של תשלום תגמולי ביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו לחברה ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות ו/או העתק מסמכים, לרבות באופן דיגיטלי בדואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון המקוון האישי של המבוטח ובהתאם לנסיבות העניין בצירוף הסבר למי נשלחה חשבונית המקור (ככל שנשלחה) ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין חשבונית זו או בצירוף הסבר למי נשלחה החשבונית (ככל שנשלחה).

- 11.4 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים, אשר ניתנים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע חוץ ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.
- 11.5 תגמולי ביטוח ששולמו במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים חדשים על פי השער היציג ביום ביצוע התשלום.
- 11.6 נפטר מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו, בגין שירות שניתן לו בפועל לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם ו/או לירשיו החוקיים של המבוטח לפי העניין.
- 11.7 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי הביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק, לפי העניין.

### 11.8 תחלופ (סבורגציה):

- הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, **שלא מכוח חוזה ביטוח** ולא מכח זכות עפ"י חוק ולא מכח הסכם ביטוח אחר ולא הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו עוברת זכות זו לחברה מששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה. זכות זאת של החברה לא תפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל מהחברה לפי פוליסה זו. קיבל או זכאי לקבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מהיה מגיע לחברה לפי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. הוראות סעיף קטן זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא ככוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.
- 11.9 כל סכומי הביטוח וההשתתפויות העצמיות יהיו צמודים למדד היסודי.

## 12. כפל ביטוח:

- 12.1 המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.
- 12.2 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.

- 12.3** היה ומקרי הביטוח לפי פוליסה זו והנספחים המצורפים, מכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך לחברה בכתב מיד עם הגשת התביעה.
- 12.4** הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי כיסויים המוגדרים כפיצוי ולא כהחזר הוצאות-שיפוי.

### 13. התביעה וניהולה:

- 13.1** **חובת הודעה על מקרה הביטוח:** המבוטח יודיע לחברה על מקרה הביטוח מוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר לה לברר את חבותה ולטפל בתביעה. לא קיימה חובת ההודעה, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קיימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
- 13.1.1 החובה לא קיימה או קיימה באיחור מסיבות מוצדקות;
- 13.1.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.
- 13.1.3 עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
- 13.2** **אישור מוקדם של המבטח להוצאות רפואיות: קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לחבות החברה על פי פוליסה זו.** בכל מקום בו הפוליסה מכסה הוצאות רפואיות וצוין כי על המבוטח לפנות למבטח על מנת לקבל אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול הרפואי, היעדר פניה של המבוטח למבטח לקבל אישור מוקדם, יכול לגרום להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו הייתה נמסרת לו הודעה מראש.
- 13.3** **מסירת מסמכי התביעה:** המבוטח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לרבות אבחנת הרופא המטפל, ואת כל המסמכים הרפואיים הדרושים לחברה לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם. לשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית, ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות אחרת, למסור לחברה את המידע הרפואי המלא הנוגע למבוטח.
- 13.4** החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותה המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, באופן סביר, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבוטח.



- זכותה של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.
- 13.5** אישור/דחייה תביעה יעשה תוך 30 ימי עבודה. במקרים דחופים מתחייבת החברה לתת הסכמתה או אי הסכמתה לשאת בתשלום תגמולי הביטוח עפ"י פוליסה זו, תוך 15 ימי עבודה ממועד קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים לחברה לצורך בירור חבותה. **במקרי דחיפות מיוחדת יבדק מקרה הביטוח תוך שני ימי עבודה לאחר קבלת כל המסמכים הנדרשים למבטח לבירור חבותו.**
- 13.6** החברה מתחייבת לשלם את תגמולי הביטוח במידה והתביעה אושרה על ידה תוך 21 ימי עבודה מיום אישור התביעה.
- 13.7** החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת מנתחים/מרדמים שבהסכם. רשימת הרופאים תהיה הרשימה אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות הפרטיות אצל החברה.
- 13.8** **בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים או טיפולים מיוחדים בחו"ל:** אישרה החברה ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:
- 13.8.1 תיתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. החברה תהיה רשאית, על פי שיקול דעתה, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
- 13.8.2 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו לחברה ו/או העתק מסמכים לרבות באופן דיגיטלי בדואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון המקוון האישי של המבוטח.
- 13.8.3 במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות בהתאם להוראות סעיף 11.3. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
- 13.8.4 תשלומים במטבע חוץ שתשלם החברה יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום. כל הוצאה שתהא לחברה בקשר עם המרת מטבע חוץ תחשב כחלק מתגמולי הביטוח המשולמים על ידה ולא תשלום בנוסף להם. מובהר כי במקרה של כיסוי ביטוחי שנועד לשימוש בחו"ל, תקרת תגמולי הביטוח/ גבול האחריות המופיע בפוליסה הינו סופי ובמסגרת זו יכללו העלויות הקשורות להמרה בפועל והעברת כספים לחו"ל.

### 13.8.5

#### תשלום בעת תביעה:

בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לשפות ולשלם למבוטח סכומים כנגד קבלות בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל ובלבד שהסכום המרבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות שבהסכם או כמפורט בהסכם ו/או לפצות את המבוטח על פי סכומי הפיצוי הנקובים בפוליסה ו/או לשלם בגין הטיפול ישירות לספק ההסכם שביצע את הטיפול הרפואי במבוטח ובהתאם לכיסויים הביטוחיים של הפוליסה.

העתק קבלות - במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציגם, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה ו/או חשבונית ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגביי הסכום שתבע או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ו/או העתק מסמכים באופן דיגיטלי בדואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון המקוון האישי של המבוטח.

### 13.9

#### הגבלת אחריות המבטח – תחולה טריטוריאלית:

##### מבוטחים בפוליסה זו הינם תושבי ואזרחי מדינת ישראל.

**כל השירותים עפ"י פוליסה זו יינתנו בישראל בלבד**, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם. מבוטח ששהה בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 180 יום וחזר לישראל, יהא רשאי לקבל שירות על פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח שארע בחו"ל ומכוסה על פי תנאי פוליסה זו, **עם חזרתו לישראל ובכפוף לה**, והשירותים בגין מקרה הביטוח יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

**למען הסר ספק, החברה לא תחזיר למבוטח את ההוצאות בגין מקרי ביטוח שאירעו בחו"ל ואשר הוצאותיהם בוצעו בחו"ל, לרבות התחייבויות כספיות אם נתנו על ידי המבוטח, אלא אם אישרה החברה מראש ובכתב הוצאת הוצאות אלו על ידי המבוטח בעת שהותו בחו"ל.**

### 14. דמי הביטוח (הפרמיה):

**14.1 דמי הביטוח בש"ח לחודש:** כמפורט בהצעת המציע המצורפת כנספח ב' למכרז.

- 14.2** הפרמיה החודשית עבור כל מבוטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין החברה. הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד היסודי ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.
- 14.3** **פירוט הסדרי תשלום:** בעל הפוליסה יעביר את דמי הביטוח עבור כל המבוטחים, למעט עבור הגמלאים ובני משפחותיהם אשר ישלמו באמצעות כרטיס אשראי.
- 14.4** **פיגור בתשלום דמי הביטוח:** לא שולמו דמי הביטוח במועדם, על ידי המבוטח ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מהמבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.
- 14.5** אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחויבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים בפוליסה מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, תודיע החברה על כך לבעל הפוליסה ולמבוטחים ודמי הביטוח ישולמו כפי שישונו או שלבקשת בעל הפוליסה – הפוליסה תבטל.
- 14.6** **שינויים בדמי הביטוח:** בנוסף לאמור בסעיף 15 לעניין התאמת דמי הביטוח, יהיו רשאים בעל הפוליסה והמבטח להסכים על שינויים בדמי הביטוח כמפורט בסעיף 14.7 להלן.
- 14.7** מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד החידוש הביטוח הקבוצתי העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 ₪ במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של עובד בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוג; לעניין זה, "**העלאה של דמי הביטוח**" – (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח; (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלאה או בחלקה או הרחבתה; (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה. (4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח; (5) במועד החידוש

הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

#### 14.8 חל"ד - חופשת לידה:

עובד/ת אצל בעל הפוליסה ובני משפחתה/ו המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצא/ת העובד/ת בחופשת לידה כהגדרתה בחוק, בתנאי שבמהלך חופשת הלידה דמי הביטוח ישולמו כסדרם או שישולמו מיד עם חזרת העובד/ת לעבודה רטרואקטיבית עבור כל חופשת הלידה.

#### 14.9 חל"ת - חופשה ללא תשלום

עובד/עובדת בעל הפוליסה ובני משפחתו/ה המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצא העובד/ת בחופשה ללא תשלום לתקופה של עד 24 חודשים (להלן: **החל"ת**), בתנאי שבמהלך החל"ת דמי הביטוח בגינם משולמים כסדרם.

#### 15. התאמת דמי ביטוח:

בתום 36 חודשים מהמועד הקובע ובתום 36 חודשים מתחילת תקופת האופציה תהא רשאית החברה להתאים את גובה הפרמיה לכלל המבוטחים ליתרת תקופת הביטוח על-פי ניסיון התיבעות ובהתאם לנוסחה הקבועה בהסכם עם בעל הפוליסה. ביקש המבטח להעלות את דמי ביטוח כאמור לעיל – רשאית האוניברסיטה להסכים עמו על סכום ההעלאה או לבקש עדכון הכיסויים. לא הגיעו הצדדים להבנות בנדון, שני הצדדים יהיו רשאים להביא את ההסכם לסיימו בהודעה מראש ובכתב של 90 יום. מובהר כי במהלך תקופה זו לא יחולו עדכון דמי ביטוח או שינוי בכיסיים.

#### 16. התיישנות:

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

#### 17. חובת גילוי:

17.1 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את החוזה בהודעה בכתב למבוטח.

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

17.3 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח

שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, הוא פטור כליל בכל אחת מאלה:

- 17.3.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה;
- 17.3.2 מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, 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.
- 17.4** המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
- 17.4.1 הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
- 17.4.2 החברה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.
- 17.5** במקרה של פיצוי, המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל, לאחר שעברו שלוש שנים מתחילת הכיסוי הביטוחי של המבוטח, זולת אם המבוטח או האדם שחייו בוטחו פעל בכוונת מרמה.

## **18. חקיקה:**

על פוליסה זו יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו אלא אם הותנה אחרת בפוליסה זו.

**19. למען הסר ספק, יובהר כי פוליסה זו אינה מחליפה כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.**

**20. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי:**  
הפוליסה תחול במלואה גם בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), יחד עם זאת מובהר כי חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להביא לכך שבפועל תוגבל ו/או תמנע האפשרות לקבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

## **21. שינוי ההסכם במהלך תקופת הביטוח**

אחת לשנה רשאי בעל הפוליסה לדרוש שינוי בתנאי הפוליסה ו/או שינוי בהיקפי הכיסוי הביטוחי ו/או הוספת כיסויים ו/או הפחתת כיסויים. השינויים המבוקשים יבוצעו בכפוף להסכמת המבטח, ולשינוי הפרמיה בהתאם, אם יידרש. יודגש, כי עצם היות המבוטח

כלול בביטוח שעל פי פוליסה זו, מהווה את הסכמתו לייצוגו ע"י בעל הפוליסה בכל הנוגע לפוליסה זו על כל המשתמע מכך בכלל, ולגבי סעיף זה בפרט.

כל הודעה שתישלח לבעל הפוליסה תיחשב כאילו נמסרה לידי כל מבוטח, ובעל הפוליסה מצהיר כי הוא שלוחו/ אפוטרופסו של מבוטח לצורך משלוח הודה כאמור.

**ולראיה באו הצדדים על החתום:**

---

אוניברסיטת בן גוריון בנגב

---

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

## פרק א' – השתלות ו/או טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

### 1. הגדרות לפרק זה:

בפרק זה יתפרשו המונחים הבאים להלן:

#### "השתלה": 1.1

- 1.1.1 פרוצדורה הכוללת את התנאים הבאים: א) הוצאה/כריתה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה, רחם וכל שילוב ביניהם, ו-ב) השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם.
- 1.1.2 השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר וכן השתלה של מח עצמות ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי שמקורם במבוטח עצמו.
- 1.1.3 השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי ו/או קוצב סרעפתי לחולי ALS. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- 1.1.4 הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם בלבד או אונת כבד או ריאה, אשר נלקחו מבעל חיים במקומם בשלב בו הפרוצדורות הפסיקו להיות מוגדרות כניסיוניות ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי.
- 1.1.5 השתלה תכוסה עפ"י הגדרה זו ותנאי פוליסה זו, ובלבד שהתמלאו התנאים המצטברים המפורטים להלן:
- 1.1.5.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי קבע את הצורך בביצוע ההשתלה.
- 1.1.5.2 ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו נמצא אותו בית חולים.
- 1.1.5.3 בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:
- 1.1.5.3.1 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
- 1.1.5.3.2 מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.

- 1.1.6 מובהר, כי אין בכיסוי ביטוחי לפי פרק זה בכדי להרחיב את המונח "השתלה" ו/או "איבר" כהגדרתו בחוק השתלת איברים ו/או חוק איסור סחר באיברים לעניין חוקים אלו וחובת יישומם בנסיבות.
- 1.2 **"טיפול מיוחד בחו"ל":** ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:
- 1.2.1 סיכויי ההצלחה (יילקח בחשבון הניסיון המצטבר) בביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול או הניתוח בארץ.
- 1.2.2 הטיפול אינו בר ביצוע ע"י שירותי הרפואה בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל. "טיפול/ניתוח חלופי"- טיפול/ניתוח הניתן לביצוע בישראל, המאפשר להשיג אותן תוצאות רפואיות המושגות ע"י הטיפול המבוקש ובלבד שאין בו לגרום למבוטח נזק או תופעות לוואי חמורות יותר.
- 1.2.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה בחו"ל לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה, וכתוצאה מכך נגרמת סכנה לחיי המבוטח.
- 1.2.4 ביצוע הטיפול בחו"ל חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו של הטיפול מהווה סכנה ממשית לחייו.
- 1.2.5 הניסיון ו/או המומחיות בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון ו/או המומחיות בביצוע בישראל.
- 1.2.6 מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב טיפול מיוחד בחו"ל למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75%.
- 1.2.7 טיפול להצלת ראייה/ שמיעה מאבדן מוחלט של ראייה/ שמיעה בתי העיניים/ האזניים, בהתאמה.

בנוסף, הטיפול המיוחד בחו"ל מותנה כי הצורך בביצועו של הטיפול המיוחד בחו"ל והתנאים המפורטים מעלה (לפחות אחד) מתקיימים על פי אישורו של רופא, מטעם המבוטח, שהינו מומחה בתחום הספציפי בו נדרש



המבוטח לבצע את הטיפול המיוחד בחו"ל ובכפוף לאישורו של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבטח.  
מובהר כי אביזרים ו/או תרופות אינם נכללים בכיסוי זה.

## 2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו מצב רפואי המחייב השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח.  
למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

## 3. סכום הביטוח:

3.1 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה להשתלה, הינו – ללא תקרה אצל** נותן שירות שבהסכם עם החברה ועד לתקרת שיפוי של **5,500,000** ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה, אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימאלי המקובל לאותו סוג של השתלה במדינה בה מתבצעת ההשתלה. למרות האמור לעיל, על ההוצאות המפורטות בסעיף 4 יחולו התקרות הקבועות שם ובכפוף לתקרה הקבועה בסעיף זה, לפי הנמוך מבניהם.

3.2 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה לטיפול מיוחד בחו"ל לכל תקופת** הביטוח – עד לסכום של **1,000,000** ₪ למבוטח כולל ההוצאות הנלוות לפי סעיף 4.

3.3 **פיצוי חד פעמי על אי תביעה או על המצאת מימון חלקי – עבור ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל:**

3.3.1 במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל, ללא השתתפות החברה במימון עלות כלשהי מכוח פרק זה, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד **50,000** ₪ ולא יותר מ%50 מהסכום הנחסך למבטח עבור אותו טיפול מיוחד בחו"ל.

3.3.2 במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל במימון חלקי של קופת החולים של לפחות 25%, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד **25,000** ₪ ולא יותר מ%50 מהסכום הנחסך למבטח מעלות הטיפול.

3.3.3 **למען הסר ספק יודגש כי הסכום הפיצוי הנ"ל לא ישולם בגין טיפול שבוצע בארץ.**

**שיפוי להוצאות השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל:**

תגמולי הביטוח לפי פרק זה ישולמו בגין ההוצאות המפורטות להלן:

- 4.1 הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.
- 4.2 יובהר כי לא יינתן כיסוי לשירותים רפואיים בחו"ל שאין מניעה לבצעם בישראל טרם יציאת המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, או שאין מניעה לדחותם עד שוב המבוטח לישראל.
- 4.3 הוצאות אשפוז בחו"ל עד 90 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 270 יום לאחר ביצועם.
- 4.4 במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.
- 4.5 הוצאות איתור איבר להשתלה, לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים, הוצאות רפואיות לקציר האיבר והעברתו למקום ההשתלה, עד לסך של 175,000 ₪.
- 4.6 הוצאות טיפולי המשך בחו"ל המתרחשים לאחר האשפוז, הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, ועד לסכום של 80,000 ₪ להשתלה או 30,000 ₪ לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.
- 4.7 הוצאות נסיעה לחו"ל עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים, לרבות היטל נסיעה אם יחול, למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין. נדרש המבוטח בלבד מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים שאינה מחלקה ראשונה, ישופה עד לתקרה של מחלקת עסקים כאמור.
- 4.8 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית סבירה מבית החולים בארץ לשדה התעופה ומשדה התעופה לבית החולים בחו"ל ובחזרה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 175,000 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.
- 4.9 הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים אם המבוטח הינו קטין.
- 4.10 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, לרבות ביצוע מספר טיסות, אם ידרשו כאלו והוצאות העברות קרקעיות למקום ביצוע ההטסה, אם ידרשו כאלו, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.

- 4.11 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל, לביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בישראל במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסכום של **60,000** ₪ למקרה ביטוח אחד. למען הסר ספק יובהר כי סכום שיפוי מרבי זה הינו בנוסף להוצאות ביצוע ההשתלה שישולמו על ידי החברה.
- 4.12 הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה עד לסכום של **1,000,000** ₪.
- 4.13 המבוטח יפצה את המבוטח בגמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה (**למעט השתלת מח עצם עצמית**) בסכום של **5,000** ₪, אשר תשולם למבוטח מיום חזרתו ארצה לאחר ביצוע ההשתלה, ולמשך 24 חודש במקרה של השתלת לב/כבד/ריאה, או למשך תקופה של 12 חודש במקרה של שאר ההשתלות כהגדרתן לעיל (להלן: "**תקופת התשלום**"). במקרה של השתלת מח עצם עצמית ישולם החזר של 1,000 ₪ עבור כל יום אשפוז ועד מקסימום של 30 ימי אשפוז.
- 4.14 הגמלה החודשית תשולם למבוטח גם אם ההשתלה כאמור בפרק זה בוצעה בישראל, ובלבד שקיימת זכאות לביצוע עפ"י תנאי הפוליסה. נפטר המבוטח בטרם שולמו לפחות שש גמלאות תשלום החברה את הסכום החסר לסך שש גמלאות לשאירי המבוטח. **במקרה השתלה חוזרת בתוך תקופת תשלום הגמלה, לא תשולם גמלה נוספת.**
- 4.15 מיסים, היטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום ביטוח או חלקו, או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל, יהיו חלק מתגמולי הביטוח, והכול בכפוף לסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 3 לעיל.

5. **תשלום תגמולי הביטוח:**
- לאחר קבלת אישור החברה לביצוע ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל על פי פרק זה:
- 5.1 תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 5.2 החברה תהיה רשאית, לפי שיקול דעתה הבלעדי, לשלם את ההוצאות המוכרות לפי פרק זה ישירות לגורמים להם יש לשלם הוצאות אלה או לשלם למבוטח עצמו ועד תקרת ההוצאה בפועל.
- 5.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל, יבוצע התשלום אך ורק כנגד חשבונות שיומצאו לחברה. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת חשבוניות וקבלות. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

5.4 סכומים הנקובים במטבע זר המבטח רשאי לשלםם בשקלים על פי שער החליפין היציג של המטבע הנוגע לעניין ביום ביצוע התשלום למבטח במערכות המבטח, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול על תשלום שכזה.

## 6. פיצוי במקרה של השתלה או צורך רפואי בהשתלה:

### 6.1 פיצוי במקרה של ההשתלה ללא מעורבות המבטח:

במקרה בו בחר המבטח לבצע את ההשתלה בחו"ל ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה ישולם למבטח פיצוי חד פעמי בגובה של **250,000 ש"ח** לאחר ביצוע ההשתלה. **למען הסר ספק יודגש כי הסכום הנקוב בסעיף זה לא ישולם בגין השתלות שבוצעו בישראל.**

### 6.2 פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה - כיסוי ביטוחי למחלה

#### קשה:

ישולם למבטח פיצוי חד פעמי בגובה של **250,000** ₪ בתנאי שהמבטח הגיש תביעה לחברה בגין הצורך הרפואי בטרם ביצע ההשתלה בצירוף מסמכים רפואיים וחווות דעת רפואית בדבר הצורך בהשתלה ובכפוף להמצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר.

לחלופין, הצורך להשתלה יתקיים במצב של אי ספיקת כליות כרונית. לדוגמה: "אי ספיקת כליות כרונית"- חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה (פריטונאלית) ובהתקיים כל התנאים הבאים:

6.2.1 רמת ה-eGFR קטנה מ-20. ואולם מקום בו המבטח מצוי

בטיפול דיאליזה נדרשת כי רמת ה-eGFR תהא קטנה מ-10;

6.2.2 רמת קריאטינין מעל 4.5.

מימש המבטח את זכאותו לקבלת הפיצוי בהתאם לסעיף 6.1 או 6.2 לעיל, לא יהיה זכאי לקבל כל שיפוי על פי פרק זה בגין ההשתלה או בקשר אליה. פיצוי לפי סעיף זה לא יינתן בגין השתלת מח עצם עצמית.

למען הסר ספק פיצוי זה יבוא במקום כל שיפוי אחר בגין ההשתלה. למען הסר ספק גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה תשלום למבטח גם אם מימש זכאותו לפיצוי.

## 7. תקופת אכשרה – 30 יום

## פרק ב' – תרופות שאינן בסל הבריאות

### 1. הגדרות לפרק זה:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

#### 1.1 מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי, על פי הוראת רופא כדלהלן:

1.1.1 **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות** - כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן המדינות המוכרות; ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות העובדות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA))

1.1.2 **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות** – כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות העובדות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שווייץ.

**תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.**

1.1.3 **תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית 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:

1.1.3.1 פרסומי ה-FDA

1.1.3.2 American Hospital Formulary Service Drug information

1.1.3.3 US Pharmacopoeia Drug Information

- 1.1.3.4 Drugdex Micromedex ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
- 1.1.3.4.1 עוצמת ההמלצה ( Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II
  - 1.1.3.4.2 חוזק הראיות ( Strength Of Evidence ) נמצאת בקטגוריה A או B
  - 1.1.3.4.3 יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II
- 1.1.3.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה- National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
- 1.1.3.5.1 NCCN
  - 1.1.3.5.2 ASCO
  - 1.1.3.5.3 NICE
  - 1.1.3.5.4 ESMO Minimal Recommendation
- 1.1.4 טיפול תרופתי בתרופת יתום.
- 1.1.5 ניתן אישור לשימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג'.
- 1.1.6 תרופה אשר מכוסה בסעיפים 1.1.1 – 1.1.5 לעיל גם אם יש לה תרופה חלופית בסל שירותי הבריאות.
- הגדרת תרופה OFF LABEL נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.
- 1.2 **למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.**
- 1.3 **סכום שיפוי מרבי** – גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה בגין תרופה ו/או תרופות בגין כל מקרי הביטוח ולאחר ניכוי השתתפות עצמית.

2.

### הכיסוי הביטוחי:

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

- 2.1 המבוטח יפנה לקבלת אישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. בהעדר אישור מוקדם של החברה (המבטח) לרכישת התרופה- אנא ראה הוראות סעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים.
- 2.2 החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות כמפורט בסעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים, ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה
- 2.3 חובת החברה על פי פרק זה תהיה אך ורק בגין **הוצאות שהוצאו בפועל**.
- 2.4 **השתתפות עצמית**- בנוסף לאמור בסעיף 2.3 לעיל, תשלם החברה אך ורק הוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית למרשם שהינה 200 ₪ למרשם לחודש ועד השתתפות עצמית של 500 ₪ לחודש עבור כל המרשמים. למרות האמור לעיל, המבוטח לא יישא בהשתתפות עצמית חודשית כלשהי, במידה והוצאות המבוטח עבור כל המרשמים לחודש עולה על 3,000 ₪.
- 2.5 **תקרת כיסוי**- סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה בסך 2,000,000 ₪ למשך שלוש שנים (תקרת הכיסוי תתחדש כל 3 שנים מיום תחילת ההסכם). למרות האמור לעיל, הכיסוי לטיפול תרופתי לפי סעיף 1.1.5 יהיה עד לתקרה כוללת בגובה של 1,000,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.
- 2.6 החברה תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 250 ₪ ליום ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח. סכום זה בא בנוסף לשיפוי בגין עלות התרופה.
3. **הגבלות נוספות לחבות החברה:**
- 3.1 **בנוסף לאמור בפרק הכללי לא תהיה החברה אחראית לכל תשלום על פי פרק זה בגין:**  
תרופה ניסיונית אשר לא אושרה ע"י הרשות המוסמכת למעט אם נאמר אחרת בהגדרת מקרה הביטוח.
- 3.2 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים ו/או לדיאטה/ ו/או משקל ו/או גמילה מעישון.
- 3.3 תרופה לטיפול בבעיות שניניים.
- 3.4 במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות שאינן ידועות במועד קרות מקרה הביטוח.
4. **תקופת האכשרה:** תקופת האכשרה בפרק זה תהיה בת 30 יום.

**פרק ג' – ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל**  
**בהשתתפות עצמית ע"ס 3000 ₪ למקרה ביטוח**

פרק זה, הנו בהתאם לתוספת הראשונה בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה-2015 והוראות חוק ההתייעלות הכלכלית ותיקוני החקיקה שם.

**1. הגדרות:**

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

**1.1 בית חולים פרטי - אחד מאלה:**

**1.1.1 בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים**

**ציבורי כללי**, כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.

**1.1.2 בית חולים ציבורי כללי -** כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור

שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו בי"ח לספק שירות בחירת רופא בתשלום;

**1.2 התייעצות -** התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;

**1.3 טיפול מחליף ניתוח -** טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;

**1.4 מרפאה כירורגית פרטית -** מרפאה בישראל, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;

**1.5 ניתוח -** פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;

**1.6 רופא מומחה -** רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;



- 1.7 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.8 **שתל** - כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי
- 1.9 **תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

## 2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ניתוח שבוצע בישראל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד, או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל, או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

## 3. הכיסוי הביטוחי

- בקרות מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1 **3 התייעצויות** בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו**;
- 3.2 **שכר מנתח**;
- 3.3 **כיסוי הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:
- 3.3.1 שכר רופא מרדים
  - 3.3.2 הוצאות חדר ניתוח
  - 3.3.3 ציוד מתכלה
  - 3.3.4 שתלים
  - 3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז
  - 3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח
  - 3.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום- ניתוח)
- 3.4 **טיפול מחליף ניתוח**; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4.

**תקופת אכשרה:**

- 4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום.
- 4.2 על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

5.

**השתתפות עצמית:**

- 5.1 בגין הכיסוי הביטוחי כמפורט בסעיפים 3.2-3.3 תחול השתתפות עצמית של 3,000 ₪ עבור כל ניתוח.  
למרות האמור לעיל, במידה ופנה המבוטח לביצוע הניתוח לשב"ן שלו, והשב"ן אישר את זכאותו של המבוטח לניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם השב"ן ובתנאי שנותן השירות הינו נותן שירות של המבטח, יחזיר המבטח את ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח עבור הניתוח בשב"ן, וזאת עד לגובה הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם עימו בגין אותו ניתוח.
- במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ההסכם הנהוג לגבי מספר נותני השירות בחברה.
- 5.2 בגין הכיסוי הביטוחי כמפורט בסעיף 3.4 תחול השתתפות עצמית של 3,000 ₪ בגין כל טיפול מחליף ניתוח.

6.

**הגבלות לאחריות המבטח:**

- בנוסף לסייגים וההחרגות הכלליים בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית זו, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:
- 6.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה;
- 6.2 לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט הניתוחים הבאים:
- 6.2.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד;
- 6.2.2 ניתוח לקיצור קיבה עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

- 6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.4 השתלת איברים; לעניין זה "השתלת איברים" - 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, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 6.5 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הליסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הליסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.6 מקרה ביטוח שארע במישרין עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.7 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

## 7. תנאים מיוחדים לפרק ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

תנאים מיוחדים אלו יחולו על הפרק לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (להלן - "פרק הניתוחים").

- 7.1 **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המרבי שישלם המבוטח בגין החזר הוצאות ממקרה הביטוח, מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שבהסכם או שירות אחר, בניכוי השתתפות עצמית, ככל שנקבעה בפרק הניתוחים. סכום השיפוי המרבי בגין מקרה הביטוח באמצעות/על ידי נותן שירות שבהסכם או על ידי נותן שירות שלמבטח אין הסדר עמו (נותן שירות אחר), לא יעלה על הסכום המרבי שהיה משלם המבוטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח- לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח). במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי

- המרבי לפי ממוצע ההסדרים עם נותני השירותים כאמור שיהיו באותה העת וכמפורסם באתר האינטרנט של החברה.
- 7.2 **נותן שירות שבהסכם** - ר' ההגדרה בפרק התנאים הכלליים.
- 7.3 **תביעות:**

**מימוש הזכאות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:**

- 7.3.1 **ביחס לניתוחים - רק באמצעות נותני שירות שבהסכם (עם המבטח).**

המבטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה הביטוח שהנו ניתוח לפי תכנית זו. לאחר אישור המבטח כאמור, המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד, על פי בחירת המבטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע הניתוח בגין מקרה הביטוח. על אף האמור בסעיף 13.2 לתנאים הכלליים, מובהר כי המבטח לא יתן החזר כספי או תשלום כלשהו למבטח במקרה של ניתוח על ידי נותן שירות שבהסכם.

- 7.3.2 **ביחס למחליפי ניתוח ו/או ההתייעצויות** – באמצעות נותן שירות

שבהסכם או באמצעות נותן שירות אחר. במקרה בו מקרה הביטוח הנו באמצעות נותן שירות שבהסכם, המבטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין המקרה ביטוח. לאחר אישור המבטח כאמור, המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם בלבד, על פי בחירת המבטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח.

המבטח ישלם למבטח או ישירות לנותן השירות שבהסכם או לנותן שירות אחר, על פי בחירת המבטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף ניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות אחר החזר ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות יהא רק עד לסכום השיפוי המרבי.

- 7.3.3 **"בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח"** – מובהר כי הינן לרבות, בדיקה פתולוגית, בדיקות מעבדה המתבצעות במהלך האשפוז, בדיקות הדמיה המתבצעות על פי דרישת המנתח לקראת ניתוח ו/או במהלכו.

- 7.3.4 בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבטח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש, שקבע כי מצבו הרפואי של המבטח מחייב ניתוח.

- 7.3.5 בכפוף לאישור המפקח על הביטוח, המבטח יהיה רשאים לקבוע לגבי מקרים חריגים שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים בתחומים ייחודיים, כי היה רשאי להציע, לתקופת זמן מוגבלת, החזר כספי למבטוח ביחס ל ניתוחים באמצעות נותן שירות אחר. אפשרות כזו, ככל שתהא ובמתכונתה המאושרת, תפורסם באתר האינטרנט של החברה.
- 7.3.6 פקעה הזכות הנ"ל כאמור ועקב כך ירצה המבטוח לבטל תכנית זו, עליו להודיע על כך למבטח בכתב והביטול יכנס לתוקף במועד קבלת ההודעה אצל המבטח. המבטח יחזיר למבטוח אך ורק פרמיות אשר נגבו לאחר קבלת הודעת הביטול אצל המבטח.

## פרק ד' – ניתוחים בחו"ל ומחליפי ניתוח בחו"ל

### 1. הגדרות:

בנוסף להגדרות כהלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

- 1.1 **"מקרה הביטוח"** – מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח אלקטיבי ו/או מחליף ניתוח, לפי העניין, המכוסה על פי פוליסה זו, שנקבע על ידי רופא שהתמחותו בתחום בו נדרש הניתוח ו/או מחליף הניתוח, לפי העניין, ואשר בחר המבוטח לבצעו בחו"ל והכל במהלך תקופת הביטוח לראשונה ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל. מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד בו אובחן במבוטח בישראל, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, הצורך בניתוח.
- 1.2 **"תיאום הניתוח"** – התקשרות וסידורים אדמיניסטרטיביים עם נתני השירות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו', יעשו ישירות על ידי החברה בלבד.
- 1.3 **"בית חולים בחו"ל"** – מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.
- 1.4 **"הטסה רפואית"** – הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח חזרה לישראל, בכפוף לבדיקת רופא מטעם החברה ובדיקה כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.
- 1.5 **"מחליף ניתוח"/ "טיפול חלופי"** – טיפול מחליף ניתוח אשר בוצע בחו"ל. טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח אשר רופא מומחה בתחום קבע כי על המבוטח לעבור ובתנאי כי ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא תוצאות דומות לתוצאות הניתוח המוחלף.
- 1.6 **"נותן הטיפול החלופי"** – רופא מומחה בעל רישיון תקף לעסוק במדינה בה מתבצע הטיפול החלופי, בעל ההסמכה הנדרשת לביצוע הטיפול החלופי ע"פ דיני המדינה בה מתבצע הטיפול החלופי.
- 1.7 **"נותן שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי"** – נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה שבהסכם עם המבטח אשר הסכימו לקבל ישירות מהמבטח שכר שהוסכם עימם עבור הוצאות הטיפול החלופי שניתן להן כיסו ע"פ נספח זה.

## 2. תגמולי הביטוח:

2.

החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות בקרות מקרה הביטוח, בגבולות ובתנאים המפורטים להלן: הניתוח ו/או מחליף ניתוח והשירותים הרפואיים שמכוח פרק זה בפוליסה להלן יבוצעו במסגרת נותני שירותים שבהסכם עם החברה. היה והניתוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה- תקרת השיפוי המרבית תהיה 150% (או 300% במקרה של ניתוח לסילוק גידול ממאיר או שפיר) מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה, אך לא יותר מהסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל.

היה ומחליף הניתוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה – סכום השיפוי המרבי בגין טיפול או סדרת טיפולים חלופיים בחו"ל בגין מקרה ביטוח לא יעלה על 150% מעלות הניתוח אותו מחליף הטיפול החלופי, כפי שמשולם ע"י המבוטח לנותני השירות שבהסכם בגין הניתוח בישראל.

**אחריות המבוטח על פי נספח זה מותנית ומוגבלת לכך שהמבוטח הינו תושב ישראל המתגורר בישראל כדרך קבע, יצא מישראל למטרת ביצוע הניתוח בחו"ל ו/או מחליף הניתוח וחזר לישראל לאחר מכן.**

## 3. הכיסיים עבור ניתוח המבוצע בחו"ל:

3.

### 3.1 שכר מנתח/מרדים:

שכר מנתח ו/ או מרדים שנבחר על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור שניתן מראש על ידי החברה ישולם ישירות למנתח ולמרדים. בהעדר אישור החברה- ראו הוראות סעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה.

### 3.2 כיסוי להוצאות בית חולים בחו"ל:

החברה תכסה את ההוצאות בגין חדר הניתוח, כולל הוצאות שתל המושטל בגופו של המבוטח במהלך הניתוח, אשפוז עד 30 יום, בדיקה פתולוגית וחוות דעת שנייה בגינה ובדיקות מעבדה והדמיה הקשורות בניתוח והמבוצעות במהלך האשפוז.

### 3.3 כיסוי להוצאות טיסה ושהייה:

במידה והמבוטח נזקק להטסה רפואית על מנת להגיע לחו"ל, או במקרה ותקופת האשפוז לצורך הניתוח בחו"ל תעלה על 7 ימים ברציפות או במקרה של ניתוח לב פתוח (לא כולל ניתוח מעקפים), או בניתוח מוח, ישופה המבוטח גם בהוצאות שלהלן:

**הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל** למבוטח ולמלווה אחד בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. **הוצאות שהייה** למבוטח ומלווה אחד עד לסכום מרבי בסך של 600 ש"ח ליום למבוטח ו- 600 ש"ח למלווה ולתקופה מרבית של 30 יום.

אם המבוטח שבוצע בו הניתוח בחו"ל הינו קטין, תכסה החברה במקרים האמורים בסעיף זה לעיל הוצאות טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים רגילה בטיסה סדירה באותו מועד ל- 2 מלווים כיסוי מלא. סכום הביטוח המרבי לשהייה, על פי סעיף זה לקטין ול- 2 מלווים לא יעלה על 1,500 ₪ ליום ולתקופה מרבית של 30 יום.

#### 3.4 **הטסה רפואית:**

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד סכום ביטוח מרבי של 80,000 ₪ להטסה אחת. הצורך בהטסה רפואית בכפוף לבדיקת רופא מטעם החברה על-פי מצבו הרפואי של המבוטח.

#### 3.5 **כיסוי להוצאות הטסת גופה:**

החברה תכסה את הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל שם בוצע הניתוח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה ללא תקרה.

#### 3.6 **פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול:**

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 8 ימים רצופים, יינתן למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה 10,000 ₪ לכיסוי הוצאות שונות, וזאת בעת שבו של המבוטח לישראל.

**יובהר, כי ניתוח גדול בסעיף זה הינו ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 8 ימים. שיפוי לאחר אשפוז ממושך:**

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 8 ימים רצופים, יינתן שיפוי להוצאות כמפורט להלן עד תקרה של 7,000 ₪ לכל הכיסויים יחד בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח:

3.7.1 טיפולים פיזיותרפיים – עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

3.7.2 רפוי בעיסוק - עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

3.7.3 יעוץ דיאטטי - עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

3.7.4 שיקום כושר הדיבור - עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

**יובהר כי ניתוח גדול בסעיף זה הינו ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 8 ימים.**



4.

#### הכיסוי הביטוחי לטיפול מחליף ניתוח:

אם יבחר המבוטח בקרות מקרה הביטוח לקבל טיפול חלופי, ישפה המבוטח את המבטח ו/או ישלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהלן שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח, וזאת עד לסכום השיפוי המרבי. ההוצאות הרפואיות עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגינן זכאי המבוטח לשיפוי מהמבטח כדלקמן:

- 4.1 שכר נותן הטיפול החלופי
- 4.2 הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים
- 4.3 הוצאות אשפוז בבית חולים

5.

#### תביעות:

בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח ו/או מחליף הניתוח, יידע את החברה באופן מיידי על רצונו לבצע את הניתוח ו/או מחליף הניתוח בחו"ל ועל בית החולים בחו"ל בו הוא מעוניין לעשות זאת. על המבוטח לקבל הפניית החברה לבית החולים בחו"ל, או למנתח מרדים, כולל קבלת אישור מראש ובכתב מאת החברה לביצוע הניתוח ו/או מחליף הניתוח בחו"ל. קבלת האישור, כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה. בהעדר אישור כאמור - ר' הוראות בסעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה זו.

6.

#### סייגים מיוחדים לפרק זה:

- 6.1 החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השירות לטיפול חלופי היא של המבוטח בלבד ואין למבטח כל אחריות בגינה. לא יהיה המבטח אחראי בשום צורה שהיא לכל נזק ו/או הוצאה שייגרמו למבוטח עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירות לטיפול חלופי, בין אם הם נותני שרות שבהסכם או נותני שירות שאינם בהסכם.
- 6.2 לא יינתן במסגרת פרק זה החזר בגין תשלומים עבור טיפולים חלופיים שעדיין לא נתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן טיפול חלופי לטיפולים חלופיים עתידיים.
- 6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי ונועד במישרין או בעקיפין למטרות יופי ו/או אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטחת ולמעט ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם BMI גבוה מ-40.
- 6.4 בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקות/ הזרקות, הזלפות, בדיקת מי שפיר

- ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמייה לרבות CT ו-MRI שאינן במהלך ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ובדיקות סקר למיניהן.
- 6.5 טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים ובלבד שמקורם דנטלי וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח לביצוע ברית מילה.
- 6.7 השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בתנאים הכלליים.
- 6.8 טיפולים מחליפי ניתוח אשר מהווים תרופה מכל מין וסוג שהוא, בין אם היא כלולה בסל שירותי הבריאות, ובין אם לאו. תרופה לצורך סעיף זה תיחשב כחומר כימי או ביולוגי או תכשיר מכל מין וסוג שהוא, כהגדרתו בפקודת הרוקחים, התשמ"א – 1981, אשר מטרתו לאבחן ו/או לטפל ו/או לרפא ו/או למנוע התפתחות או הישנות של מצב רפואי כלשהו ו/או להקל על סימפטומים רפואיים.
7. תקופת אכשרה: בת 30 יום, במקרים הקשורים להריון לידה ופוריות תקופת האכשרה תהיה בת 6 חודשים.

## פרק ה' – שירותים אמבולטוריים

### 1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1 **"מקרה הביטוח"** - המבטח יפצה או ישפה את המבוטח/ת ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים, אשר יפורטו להלן עקב בעיה רפואית פעילה, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 **בעיה רפואית פעילה** - בעיה רפואית הדורשת תהליך אבחון (שאינו מעקב שהבעיה הרפואית איננה פעילה עוד ו/או אינו בדיקות שגרה) ו/או קבלת החלטות רפואיות לטיפול בבעיה הרפואית.
- 1.3 **מועד קרות מקרה הביטוח** – המועד בו ניתן השירות הרפואי למבוטח.
- 1.4 **רופא מומחה** - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו התחום.
- 1.5 **התייעצות** – ביקור אצל רופא מומחה לצורך דיון בבעיה רפואית של מבוטח ודרכי טיפול אפשריות. למען הסר ספק, התייעצות עם רופא משפחה ו/או רופא ילדים המטפלים במבוטח באופן קבוע לא תכוסה במסגרת סעיף זה.
- 1.6 **בדיקות רפואיות אבחנתיות** – בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S. אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (PET) וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח, או לקביעת דרכי הטיפול בו.

### 2. בכל הבדיקות שלהלן תהא השתתפות עצמית בסך 20%:

#### 2.1 התייעצות עם רופא מומחה במקרה של גילוי מחלה קשה:

השתתפות המבטח בשתי התייעצויות עם רופאים מומחים במקרה של גילוי אחת המחלות הקשות כדלהלן: מחלת כבד סופנית, אי ספיקת כבד פולמינגטית, השתלת כבד, מחת ריאות כרונית, עמילואידוזיס ראשונית, תרדמת, איידס, איבוד גפיים, טרשת נפוצה, תשישות נפש, פרקינסון, חירשות, עיוורון, פוליו, ניוון שרירים ALS, שיתוק בשתי גפיים, שבץ מוחי, התקף לב, אי ספיקת כליות כרונית, השתלת איברים, סרטן, השתלת מוח עצם. יינתן החזר של עד 1,200 ₪ להתייעצות לכל שנת ביטוח.

- 2.2 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:**  
 החזר הוצאות של עד 11,000 ₪ למבוטח לשנת ביטוח, ובנוסף לאמור לעיל, החזר הוצאות של עד 15,000 ₪ לבדיקות מעבדה לגידולים ממאירים לשנת ביטוח - והכל בתנאי כי בידי המבוטח הפניה של הרופא המטפל לביצוע הבדיקה.
- 2.3 **חוות דעת רפואית שנייה של מומחה בארץ או בחו"ל:**  
 מבוטח יהא זכאי להחזר בגין עלויות של חוות דעת רפואית שנייה של מומחה בארץ או בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה בישראל, עד 5,500 ₪ לחוות דעת אחת בחו"ל בשנת ביטוח, ועד 3 חוות דעת (שניה, שלישית ורביעית) עד 1,500 ₪ לכל חוות דעת בכל שנת ביטוח.
- 2.4 **ימי החלמה:**  
 בוצע במבוטח ניתוח לב או מח או ניתוח בעמוד שדרה או השתלה ישפה המבטח את המבוטח בסכום של 700 ₪ לכל יום החלמה ועד 14 ימים, בבית החלמה מוכר בתנאי כי השהייה נעשתה עד 90 יום ממועד האירוע.
3. **חריגים:**
- 3.1 **בנוסף לחריגים הכלליים של הסכם זה יחולו על פרק זה החריגים שהלן:**  
**שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירות התחייב ליתם כטיפולים עתידיים.**
- 3.2 **בדיקות תקופתיות, בדיקות שגרה, טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית, מעקב הריוני.**
- 3.3 **שירותים שבוצעו בחו"ל.**
4. **תקופת אכשרה – בת 30 יום.**

## מפרט הפוליסה

1. תקופת הביטוח 1.04.2020 ועד 31.03.2025 (5 שנים)
  2. מועד תחילת הביטוח: המועד בו צורף המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 1.04.2020.
- יובהר, כי הצטרפות בני משפחה מותנית בהצטרפות העובד לביטוח.

### להלן פירוט הפרמיה החודשית ב- ₪ לתכנית הביטוח:

דמי הביטוח	
₪ 76	עובד בן/בת זוג של עובד ילדים מעל גיל 26 של עובד / גמלאי חתנים וכלות של עובד / גמלאי
₪ 19	ילד (עד גיל 26) של עובד / גמלאי נכד (עד גיל 26) של עובד / גמלאי
₪ 162	גמלאי בן/בת זוג של גמלאי

### ולראיה באו הצדדים על החתום:

אוניברסיטת בן גוריון בנגב

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

## נספח א' - הצהרת בעל הפוליסה

על פי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)  
(ביטוח בריאות קבוצתי) התשס"ט - 2009  
פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי (קולקטיבי)

שם בעל הפוליסה: אוניברסיטת בן גוריון בנגב

### הנני מצהיר כדלקמן:

1. בעל הפוליסה הוא מעסיק והמבוטחים הם עובדים של בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
2. ההצטרפות לביטוח על פי הפוליסה נעשתה על פי הסכמה בכתב של המבוטחים (במידה והם משלמי הפרמיות או חלקן).
3. בעל הפוליסה מצהיר כי מספר המבוטחים הוא לפחות 50.
4. בעל הפוליסה מצהיר כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.
5. בעל פוליסה מתחייב כי הצטרפות המועמדים לביטוח הבריאות הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

## נספח ב' - הצהרת בעל הפוליסה בדבר מימון הפרמיה לעובדים

שם בעל הפוליסה: אוניברסיטת בן גוריון בנגב

**אני הח"מ, מצהיר בזאת כדלקמן:**

1. הפרמיה בגין תכנית הביטוח לכל עובדי בעל הפוליסה ממומנת באופן חלקי על ידנו ללא גילום שווי המס.
2. אנו מתחייבים, כי במידה והעובד יחוייב בתשלום כלשהו בגין הביטוח, לרבות תשלום מס, העובד יוחתם על טופס הצטרפות לביטוח ותינתן הסכמתו המפורשת בכתב לגביית התשלום בו הוא נושא, וזאת בטרם צירפו לביטוח על פי הפוליסה.
3. תשלום הפרמיה על ידנו בגין הביטוח ייעשה לאורך כל תקופת הביטוח כהגדרתה בפוליסה. במידה ויחול שינוי בעניין זה אנו נודיע על כך למבטח לאלתר

## הנחיות להגשת תביעה להשתלות ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

### השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

יש למלא ולהעביר אלינו את הטופס "תביעה להשתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל" על שני חלקי-חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.  
חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמה: אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו'). בהעדף רופא מקצועי מטפל בקופ"ח, יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.

חלק ג' - נועד למילוי ע"י הרופא המנתח/מטפל בחו"ל. יש לצרף המלצה מרופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הקובע את הצורך בביצוע ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל ופרטים לגבי המרכז הרפואי בו הינך מבקש לבצע את ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל.  
חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות. כמו כן, יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לא הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.  
תשובה תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל.  
ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך.

שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע"מ - מחלקת תביעות בריאות, ת.ד. 927 תל-אביב 6100802.

\* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000\*  
או במייל [moked-health@menora.co.il](mailto:moked-health@menora.co.il)

### התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 3 שנים מקרות האירוע הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

\*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.  
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: [WWW.MENORA.CO.IL](http://WWW.MENORA.CO.IL)

### מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



## הנחיות להגשת תביעה לתרופות

מבטח/ת נכבד/ה

### תרופות שאינן בסל הבריאות

- יש להעביר אלינו את טופס תביעה בו יש למלא את שני החלקים.
- חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
  - חלק ב' - שנועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל ובו יש לפרט את הסיבה הרפואית לצורך בנטילת התרופה. בהעדר רופא מקצועי יש למלא את הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
  - חלק ג' - טופס ויתור על סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות. כמו כן, יש להעביר העתק המרשם הרפואי ע"י רופא מומחה, טופס 29 ג' וקבלה מקורית (לחלופין ניתן להגיש העתק קבלה + אישור החזר מקופת החולים/גורם אחר )

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבוטח האחר/קופת החולים.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל. ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצויינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך.

שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטים המקוריים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע"מ - מחלקת תביעות בריאות, ת.ד. 927 תל-אביב 6100802.

\* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או \*2000 או במייל [moked-health@menora.co.il](mailto:moked-health@menora.co.il)

### התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 3 שנים מקרות האירוע. הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

\*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה. טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: [WWW.MENORA.CO.IL](http://WWW.MENORA.CO.IL)

**מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

## הנחיות להגשת תביעה לניתוחים

מבוטח/ת נכבד/ה

ניתוחים עתידיים

הנך זקוק לניתוח? אל דאגה, בדיוק לשם כך הנך מבוטח בחברתנו ויש בכוננתנו להעניק לך את הטיפול המקצועי והמסור ביותר ונעשה ככל שביכולתנו ללוות לכל אורך הדרך עד לסיום הטיפול בתביעה.

דיווח ראשוני בעת קרות מקרה הביטוח:

בכל מקרה של צורך בניתוח אנו מציעים כי תפנה באופן מיידי למחלקת תביעות בריאות באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון 03-7107957 או \*2000 או באמצעות פקס שמשפרו: 03-7606744.

לפניך מספר אפשרויות לביצוע ניתוח העתידי:

1. באפשרותך לבחור רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם של חברתנו, הכוללת את מיטב המנתחים בתחום. אם הנך מתקשה בבחירת מנתח או אם יש לך שאלות, תוכל ליצור קשר עם מוקד השרות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או \*2000.  
לאחר שבחרת רופא מנתח, עליך למלא ולהעביר אלינו את הטופס על ארבעת חלקיו.
2. חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.  
חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמא: אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו'). בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ"ח יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.  
חלק ג' - נועד למילוי על ידי הרופא המנתח.  
חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות.
3. יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית. במידת הצורך עשויה החברה לדרוש מסמכים נוספים לצורך בירור החבות בתביעה.

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת חולים.

תשובה בכתב תשלח אליך תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

\* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או \*2000  
או במייל [moked-health@menora.co.il](mailto:moked-health@menora.co.il)

### התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 3 שנים מקרות האירוע.  
הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

\*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.

טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: [WWW.MENORA.CO.IL](http://WWW.MENORA.CO.IL)

**מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

## הנחיות להגשת תביעה להחזר הוצאות אמבולטוריות ובדיקות הריון

### התייעצות עם רופא מומחה

יש לצרף קבלות מקורייות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.  
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

### בדיקות רפואיות אבחנתיות

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים  
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול  
הטיפול הפנייה.

חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל( רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה  
הרפואית), לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה.

יש לצרף קבלות מקורייות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.  
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

### טיפול פיזיותרפיה

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.  
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול  
הטיפול הפנייה.

חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל( רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה  
הרפואית), לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה.

יש לצרף קבלות מקורייות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.  
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

### בדיקות הריון

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את חלק א', הכולל את פרטי  
המבוטח.

יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

יש לצרף קבלות מקורייות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

### טיפול הפריה חוץ גופית

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.  
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית),  
לרבות הפניה לביצוע הפריה חוץ גופית.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.  
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

### טיפול בהתפתחות הילד

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.  
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית),  
לרבות הפניה לביצוע הטיפול.  
חלק ג' קבלת אבחון שבוצע במכון מוסמך.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.  
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

\*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.

פסטי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: [WWW.MENORA.CO.IL](http://WWW.MENORA.CO.IL)



### **לפרטים ומידע**

פנה למומחי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

**מוקד שירות לקוחות ארצי: \*2000**

[www.menoramivt.co.il](http://www.menoramivt.co.il)

### **סוכנות הביטוח "להבים"**

08-6278241

052-8922767 (ציפי, בשעות הפעילות)

במקרים דחופים, נמרוד: 054-4278241

שעות הפעילות: ימים א'-ה' בין השעות 8:30-14:30

כתובת דוא"ל לפניות: [lehavimh@gmail.com](mailto:lehavimh@gmail.com)

