

חברי סגל יקריטי,

צט התקרה מוצד הסיוט של ההסכט צט חגרת "כזל" צל כוליסה קיבוצית של ביטוח רכואי מעלים לחברי הסגל האקדמי בטכניון ולכני משפחותיהט, ולאר שביצות רצון שהיתה לנו הן מהייצוף הביטוחי והשירות שקבלנו מאריה ושרה מלמד והן מההתקשרות צט חגרת "כזל", הצענו להסכט צט "כזל" צל חידוש ההסכט לעל שניט נוספות.

אנו שמחית לבשר לחברי הסגל כי ההסכט המחודש הינו מוסר ביחס להסכט הקודט, והוא כולל כיסוייט והרחבות שלא היו בתכנית המקורית, כמו ט התאמות לשינוייט ולהתפתחויות בתחוט הכריאות. אץ שהפוליסה מוסרת, אין שניו בקובה הפרמיות שחברי הסגל מעלמיט.

התכנית באה לתת מצנה לחסרונותיה של הרפואה הצירורית המוצלחת במשאביה, ואנו רואיט בה נדבק חשוב בשמירה צל איכות החייט, ולפעמיט אץ בהצלחת חייט. היא כוללת כיסוייט שאינט מכוסיט באופן מלא ומספק במסגרת הביטוח מעלים בקופות החולמיט, כגון:

- השתלות וטיפוליט מיוחדיט בחוי"ל
- כיסוי מקיץ לניתוחיט בארץ ובעולט
- תרופות שאינן כוללות בסל הכריאות
- חוות דצת שניה בארץ ובחוי"ל
- הטבות ייחודיות

בחוגרת זאת תמצאו מידצ המפרט את הכיסוי הביטוחי בתכנית, פירוט השינוייט לעומת התכנית המקורית, וכן הסבר כיצד יש לנהוט במקרה של תביעה.

אני מאחל לכולנו כריאות טובה ואריכות ימיט. יהי רצון שלא נצדקק לשירותיט הרחיביט והמקצועייט שהתוכנית מצניקה.

בהרכה,

פרופ' דניאל הרשקוביץ



יו"ר אראון הסגל האקדמי
בטכניון

השינויים והשיפורים בפוליסת הבריאות החדשה לעומת הקודמת

נושא	פוליסה קודמת	פוליסת חידוש 1/3/2008
תום תקופת ביטוח לגבי המתגוררים בחו"ל	לא הוגדר	שהיית המבוטח בחו"ל לתקופה של מעל לשנתיים תביא לתום הביטוח, אלא אם המבוטח נמצא בשליחות של מוסד ממשלתי או ציבורי מטעם הארגון בו הוא עובד.
חריגים	ההחרגות היו ללא הגבלת זמן.	ההחרגות לתקופה העולה על חמש שנים יחולו רק על נספחים א' (השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל) ונספח ביטוח סיעודי. האמור בסעיף זה יחול אך ורק על מקרי ביטוח שמועד קרותם הינו לאחר תאריך 1.3.08.
חריגים	היתה החרגה לגלישה אווירית, רחיפה, צניחה, סקי, צלילה, טיסה בכלי טייס כלשהו למעט טיסה בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים	ביטול חריג לתחביבים מסוכנים.
חריגים	היתה החרגה למקרה ביטוח הנובע משירות המבוטח בכוחות הביטחון	שופרו התנאים להחרגה זו, כאשר המבוטח יהיה זכאי לשיפוי מחברת הביטוח בכל מקרה בו הגורם הממלכתי לא שילם או שילם באופן חלקי, גם אם מקרה הביטוח נגרם כתוצאה משירות המבוטח בכוחות הביטחון.
פיצוי בעת ניתוח אלקטיבי במערכת הציבורית	הפיצוי שולם גם במקרה של ניתוח חירום המבוצע בלא השתתפות המבטח	הפיצוי לא יינתן במקרה של ניתוח חירום, המוגדר כניתוח אשר לצורך ביצועו המבוטח התקבל לבית החולים באמצעות הפנייה מחדר מיון לביצוע דחוף של הניתוח, בלא שתהיה אפשרות, מבחינה רפואית, לדחות את הניתוח ו/או להעביר את ביצועו לבית חולים פרטי.
הרחבת שיפוי בהחזר הוצאות בניתוח בחו"ל	בנוסף להוצאות הרפואיות שינתנו בעת אשפוז בגין ניתוח, עבור ניתוחי לב (לא כולל מעקפים) או ניתוחי מוח וכן כל ניתוח אחר אשר אינו ניתן לביצוע בארץ או שזמן ההמתנה	במידה ומדובר בניתוח שנועד להציל חיים/ראיה/שמיעה/איבר ואין אפשרות לבצעו בארץ או שהניסיון הנצבר בחו"ל עולה באופן משמעותי על זה שבארץ, ואין לו טיפול חלופי בישראל, בנוסף לכיסויים שינתנו בעת אשפוז, ובעת השהייה בחו"ל, יכוסו גם הוצאות טיסה, שהייה, הטסה רפואית והטסת גופה, הכול כמפורט להלן: 1. הוצאות נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד (עד 2 מלווים במקרה שהמבוטח הנו קטין) בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל. 2. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל לצורך

<p>ביצוע הניתוח בחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה – עד \$20,000.</p> <p>3. הוצאות לשהייה בחו"ל הנוצרות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל, למבוטח ולמלווה אחד - עד \$200 ליום ועד \$20,000 סה"כ. אם המבוטח הנו קטין, ישולמו הוצאות שהייה לשני מלווים, התקרה תהא בגובה \$300 ליום ועד \$30,000 סה"כ.</p> <p>4. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר(חס וחלילה) כתוצאה מהניתוח או מסיבוכים הקשורים לניתוח – בתיאום מראש עם המבטח.</p>	<p>לביצועו מסכן את חיי המבוטח - תקרת שיפוי של עד \$ 5,000 בגין הוצאות נסיעה, טיסות והוצאות מלווים הכרוכים בניתוח.</p>	
<p><u>מקרה הביטוח</u> - מצבו הבריאותי של המבוטח המצריך ביצוע ניתוח המכוסה על פי תנאי ההסכם, ואשר רופא מומחה בתחום בו נדרש הניתוח המליץ על טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח.</p>	<p>לא היה</p>	<p>טיפולים מחליפי ניתוח</p>
<p>עד 1,000,000 ₪.</p>	<p>עד 500,000 ₪.</p>	<p>תרופות שלא בסל</p>
<p>תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת כ- <u>OFF LABEL</u> המבטח יכסה בתכנית ביטוח תרופות עפ"י נספח זה כל תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:</p> <p>(1) פרסומי ה-FDA (2) American Hospital Formulary Service Drug Information (3) US Pharmacopoeia-Drug Information (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):</p> <p>1. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa 2. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B 3. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי</p>	<p>לא היה כיסוי לתרופות שאינן מאושרות להתוויה הנדרשת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בארה"ב (<u>OFF LABEL</u>).</p>	<p>תרופות שלא בסל</p>

<p>אחד מהבאים: 1. NCCN 2. ASCO 3. NICE 4. ESMO Minimal Recommendation</p>		
<p>הגדרה רחבה של "תרופה": 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.</p>		תרופות
<p>אין התניה בקיומה של תרופה חלופית.</p>	<p>לא אושרה תרופה מחוץ לסל במקרים בהם הייתה בסל תרופה חלופית</p>	תרופות
<p>הזכאות לחוו"ד שנייה בארץ ו/או בחו"ל מוגבלת לשלש חוו"ד בכל שנת ביטוח</p>	<p>לא הוגבל</p>	חוו"ד שנייה בארץ או בחו"ל
<p>המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות CT-PET, ו- MRI שיבוצעו במהלך תקופת הביטוח עפ"י הסכם זה, ועד תקרה של 5,000 ₪ לכל שנת ביטוח. לא יכוסו בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה</p>	<p>לא היה</p>	בדיקות אבחנתיות
<p><u>זכות שימוש בהסכמי המבטח</u> כל בן משפחה מקרבה ראשונה של מבוטח, אשר אינו זכאי להצטרף לביטוח עפ"י הפוליסה הקבוצתית, יהא זכאי להנות מההסכמי המבטח עם נותני שירות שבהסכם עמו לצורך ביצוע טיפולים הכלולים בפוליסה הבסיסית במחירים מיוחדים ותוך קיצור התורים..</p>	<p>לא היה</p>	נספח עזרה
נשארה ללא שינוי		הפרמיה

תוכן העניינים

עמ'	שם הפרק	
6	גילוי נאות	☒
21	פוליסת ביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי	☒
47	מה עושים במקרה תביעה בתחום הבריאות?	☒
49	מה עושים במקרה תביעה בתחום הסיעוד?	☒

מרץ 2008

גילוי נאות

(בהתאם להנחיות המפקח על הביטוח בדבר גילוי נאות) חלק א - ריכוז פרטים כלליים על ההסכם ונספחים

א. כללי	
1. שם המבטח	"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ".
2. שם בעל הפוליסה	ארגון הסגל האקדמי הבכיר של הטכניון.
3. המבוטחים	<p>מבוטח/ת - מי שבמועד הצטרפותו לביטוח תושב קבע ו/או אזרח של מדינת ישראל, גילו עד 70 שנה בתאריך תחילת הביטוח, ושמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה ותעודכן על ידו מידי חודש, והינו אחד מהמפורטים להלן:</p> <ol style="list-style-type: none">1. חבר ארגון הסגל האקדמי.2. בן/בת זוגו של חבר ארגון הסגל האקדמי (ובכלל זאת ידועה/ה בציבור בכפוף להצהרה בכתב של החבר/העובד).3. ילדיו ובני/ות זוגם ו/או נכדיו של חבר ארגון הסגל האקדמי. <p>להסרת ספק, יובהר כי במידה והמבוטח הצטרף לביטוח לפני גיל 70, הוא יהיה מבוטח כל עוד הפוליסה בתוקף.</p>
<p>מבוטחים קיימים – חברי ארגון הסגל האקדמי ובני משפחותיהם כמוגדר לעיל, אשר היו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם עד 29.2.2008 (להלן: "הביטוח הקודם"), יצורפו באופן אובליגטורי להסכם זה, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות וחיתום (למעט הביטוח הסיעודי כמפורט להלן). בני משפחה של חבר ארגון הסגל האקדמי שלא היו מבוטחים במסגרת ההסכם הקודם, רשאים להצטרף לביטוח הקבוצתי בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.</p> <p>יובהר כי בגין הכיסוי הסיעודי, מבוטחים קיימים יידרשו במילוי הצהרת בריאות אם לא רכשו ביטוח סיעודי בביטוח הקודם או אם מבקשים להרחיב הכיסוי ליחידת פיצוי נוספת או לתשלום גמלת סיעוד לכל החיים.</p>	
<p>מבוטחים חדשים –</p> <p>חברים חדשים בארגון הסגל האקדמי יצורפו באופן אובליגטורי להסכם, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות וחיתום (למעט הביטוח הסיעודי, אשר ההצטרפות אליו הינה כמוגדר להלן).</p> <p>בני המשפחה של חברים חדשים כהגדרתם לעיל, אשר יצטרפו להסכם זה תוך 90 יום מתאריך הצטרפות החבר לסגל האקדמי, לא יידרשו במילוי הצהרות בריאות וחיתום (למעט לביטוח הסיעודי). כמו כן, במידה וחבר/ה הסגל האקדמי נישאו במהלך תקופת ההסכם, בני הזוג שיצטרפו להסכם תוך 90 יום ממועד הנישואין יהיו פטורים ממילוי הצהרות בריאות וחיתום (למעט לביטוח הסיעודי).</p>	

מבוטחים חדשים ובני משפחותיהם כמוגדר לעיל, אשר יבקשו לרכוש את הביטוח הסיעודי תוך 60 יום מתחילת החברות אצל בעל הפוליסה, יצורפו ללא הצהרת בריאות וחיתום ביחס ליחידת הפיצוי הראשונה של 5,000 ₪ והשנייה של 5,000 ₪ נוספים לתקופה של 60 חודש.

למען הסר ספק, הרחבה של הביטוח הסיעודי לכל החיים כפוף בכל מקרה להצהרת בריאות וחיתום.

תינוק שנולד – יצורף להסכם תוך 15 יום מיום הולדתו על ידי הודעה בכתב למבטח. לא הועברה הודעה כאמור – יצורף התינוק להסכם רק לאחר מילוי הצהרת בריאות וחיתום.

- 4. הכיסויים בפוליסה**
- השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - נספח א' להסכם.
 - כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח - נספח ב' להסכם.
 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - נספח ג' להסכם.
 - כיסוי עלות חוות דעת שניה בארץ ו/או בחו"ל - נספח ד' להסכם.
 - יעוץ רפואי מיוחד - נספח ה' להסכם.
 - בדיקות רפואיות אבחנתיות – נספח ו' להסכם.
 - כתב שירות - עזרה למקרה ניתוח – נספח ז' להסכם.

ביטוח וולנטרי:

- סיעוד - נספח ח' להסכם בתוספת פרמיה.

5. משך תקופת הביטוח

מיום 01.03.2008 או מיום תחילת הביטוח של המבוטח, לפי המאוחר ביניהם, ועד ליום 28.2.2011.

6. המשכיות

עובד שעזב את הארגון מכל סיבה שהיא ו/או במקרה שההסכם יתבטל או לא יחודש, יוכל לרכוש פוליסה/פוליסות ביטוח בריאות וסיעוד אישיות בתנאים ובתעריפים אשר יהיו קיימים אצל המבטח באותו מועד ובסכומי ביטוח שלא יעלו על סכומי הביטוח על פי ההסכם, זאת ללא הוכחת מצב בריאות וללא תקופת אכשרה על כיסויים וסכומים החופפים להסכם זה, ובתנאי כי הודיע למבטח על רצונו להמשיך בביטוח בתוך 60 יום מהמועד בו הופסק הביטוח לגביו עפ"י ההסכם. הממשיכים בביטוח פרטי על פי סעיף זה יקבלו הנחה בת 25% בדמי הביטוח למשך 60 החודשים הראשונים בביטוח הבריאות אישי ולמשך 36 חודשים הראשונים בביטוח הסיעודי האישי.

הזכאות להמשך הביטוח בפוליסת ביטוח סיעודי אישי בתנאים המפורטים לעיל, מוקנית למבוטחים שהיו מבוטחים ברצף לפחות 6 חודשים לפני מועד הפסקת הביטוח במסגרת הביטוח הקבוצתי.

7. תנאים לחידוש אוטומטי

ההסכם יוארך אוטומטית לתקופות נוספות בנות 36 חודשים כל אחת, אלא אם כן הודיע אחד הצדדים להסכם הביטוח לצד האחר בכתב לפחות 60 יום לפני תום תקופת ההסכם הראשונה או תקופת ההסכם המוארכת על רצונו שלא לחדשו.

8. תקופת אכשרה
 30 יום, למעט מקרי ביטוח הנובעים מהריון ו/או לידה ו/או הפלות, בהם קיימת תקופת אכשרה של 270 יום.
 על אף האמור לעיל, לא תחול תקופת אכשרה על אדם שהיה שברשותו ביטוח בריאות (פרטי או קבוצתי), אשר היה בתוקף ערב הצטרפותו להסכם זה, לגבי כיסויים חופפים בין שתי הפוליסות, ובלבד שהמבוטח השלים את תקופת האכשרה שעל פי הביטוח הקודם.
 בנוסף, לא תחול תקופת אכשרה על מבוטחים קיימים שהיו מבוטחים ברצף במסגרת ההסכם הקבוצתי הקודם עד תחילתו של הסכם החידוש וזאת בגין כיסוי וסכומים חופפים בין ההסכם הקודם והסכם החידוש.

9. תקופת המתנה
 • 60 יום בגין אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מביצוע ניתוח המכוסה על פי ההסכם - סעיף 2.1.14 בנספח ב' להסכם.
 • 90 יום בגין מקרה סיעודי - סעיף 3 בנספח ח' להסכם.

10. השתתפות עצמית
 נספח ג' להסכם - "תרופות מעבר לסל הבריאות": 300 ₪ למרשם לחודש.

ב. שינוי תנאים

11. שינוי תנאים במהלך תקופת ההסכם
 לא ניתן.

ג. דמי הביטוח החודשיים בש"ח (הפרמיה החודשית)
12. דמי הביטוח

פוליסת בריאות	ביטוח סיעודי 5,000 ₪ יח' ביטוח	הרחבה סיעוד יחידה נוספת של 5,000 ₪	הרחבה סיעוד לכל החיים (עבור כל יחידת פיצוי)
עובד/ת	26.5 ₪	26.5 ₪	37 ₪
בן/בת זוג	26.5 ₪	26.5 ₪	37 ₪
* ילד עד גיל 26	9.5 ₪	26.5 ₪	37 ₪
ילד מעל גיל 26	46 ₪	26.5 ₪	37 ₪
נכד עד גיל 26	9.5 ₪	26.5 ₪	37 ₪
נכד מעל גיל 26	46 ₪	26.5 ₪	37 ₪

* ביטוח סיעודי יינתן למבוטח מגיל 18 ומעלה, שרכש את הכיסוי לפי הוראות הפוליסה.

* בביטוח הבריאות ילד רביעי ואילך חינם.

13. מבנה דמי הביטוח
 דמי הביטוח הינם צמודים למדד המחירים לצרכן. המדד היסודי להסכם זה הוא המדד שפורסם ב- 15.11.2007, 10469 נק'.

14. שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת ההסכם
 לא ניתן.

ד. תנאי ביטול

15. ביטול ע"י המבטח	ניתן לבטל בהודעה בכתב למבטח.
16. ביטול ע"י המבטח	אם לא שולמה הפרמיה במועדה יבוטל הביטוח עפ"י הדין וההסכם.

ה. חריגים וסייגים

17. סייגים כלליים לאחריות המבטח	כמפורט להלן: 1. סעיף 8.5 להסכם, כולל כל סעיפיו הקטנים. 2. סעיף 3 ו-6 בנספח ב' להסכם. 3. סעיף 6 בנספח ג' להסכם. 4. חריג כמפורט בפרק ו' בהסכם. 5. סעיף 6 בנספח ח' להסכם. 6. סייג לחבות או להיקף הכיסוי שנקבע למבטח מסוים בדף פרטי החיתום שנקבעו לו.
18. החרגה בגין מצב רפואי קודם	כמפורט להלן: 1. כמפורט בסעיף 8.1 עד 8.4 להסכם. 2. סעיף 3.1 ו-6.6 בנספח ב' להסכם. 3. סעיף 6.4 בנספח ח' להסכם.

חלק ב' - ריכוז הכיסויים בהסכם ומאפייניהם

הגדרות:

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

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

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

שיפוי - תגמולי הביטוח המשולמים בעת קרות מקרה הביטוח, כגובה ההוצאות שהוציא המבוטח בפועל ובלבד שלא יעלו על תקרת סכום הביטוח הנקוב בפוליסה.

פיצוי - תגמולי הביטוח המשולמים בעת קרות מקרה הביטוח, אשר סכומיהם נקבעו מראש בפוליסה, ללא קשר להוצאות שהוציא המבוטח בפועל.

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
נספח א' - השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל				
מסלול השיפוי				
השתלה באמצעות נותני שירות בהסכם עם המבוטח - שיפוי מלא. השתלה באמצעות נותני שירות שלא בהסכם עם המבוטח - עד תקרת הסכום המשולם לנותן שירות שבהסכם עם המבוטח ועד סך של 4,500,000 ₪.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי ההסכם
השתלת מח עצמות עצמית - שיפוי מלא בבית חולים פרטי או החזר של 800 ₪ לכל יום אשפוז עד 30 יום.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי ההסכם
גמלה לאחר השתלה - לאחר ביצוע ההשתלה ישלם המבוטח למבוטח פיצוי חודשי בסך 5,000 ₪ לתקופה של 24 חודשים. אם חו"ח נפטר המבוטח בלא שניצל את מלוא הגימלה - תשולם יתרת הגמלה ליורשיו.	פיצוי	לא נדרש	מוסף	אין

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
טיפול מיוחד בחו"ל - הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הטיפולים המיוחדים הינו עד 750,000 ₪.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי ההסכם
תשלום הוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל				
<p>1. תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח.</p> <p>2. הוצאות אשפוז, עד 60 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 יום לאחר ביצועם, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות.</p> <p>3. תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.</p> <p>4. תשלום עבור השגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.</p> <p>5. כיסוי הוצאות שימוש בלב מלאכותי עד למציאת תורם, אך לא יותר מ-\$ 250,000.</p> <p>6. כיסוי לאיתור תורם מח עצם או השתלה המצריכה תורם ספציפי, עד תקרה של 100,000 ₪.</p> <p>7. הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. במידה והמושתל או מקבל הטיפול הינו ילד - עבור שני מלווים.</p> <p>8. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל הוצאות צוות רפואי מלווה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה.</p> <p>9. במידה ונדרש ע"י שלטונות התעופה ו/או ע"י שני רופאים מומחים בתחום כי למבוטח יתלווה במהלך הטיסה גם רופא, החברה תישא בהוצאה זו עד תקרה של \$2,500.</p>	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי ההסכם

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
תשלום הוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל - המשך				
יש קיצוז, בכפוף לתנאי ההסכם	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>10. הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד בחו"ל. במידה והמושתל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים.</p> <p>11. תשלום עבור המשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד שנה מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 100,000 ש"ח.</p> <p>12. תשלום מלא עבור העברת גופת מבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.</p> <p>13. תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל – לפי תנאי ההסכם.</p> <p>14. תשלום עבור כל הוצאה ישירה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.</p> <p>* הכיסוי יינתן עבור הוצאות סבירות וכנגד מסירת קבלות מקוריות.</p>

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
נספח ב' – כיסוי מורחב לניתוחים				
יש קיצוז, בכפוף לתנאי ההסכם	תחליפי ומוסף	נדרש	שיפוי	מקרה הביטוח - מצב בריאותי המחייב ביצוע ניתוח, כולל השתלת קרנית, אשר עלותו הממוצעת הינה מעל \$2000. לילדים הכיסוי הינו לכל ניתוח ללא מגבלת סף פיצוי של \$2,000.
ניתוחים בארץ				
יש קיצוז, בכפוף לתנאי ההסכם	תחליפי ומוסף	נדרש	שיפוי	<p>ניתוח באמצעות נותני שירות בהסכם עם המבטח - שיפוי מלא, עד תקרת הסכומים הנקובים בגין הוצאות המפורטות להלן.</p> <p>ניתוח באמצעות נותני שירות שלא בהסכם עם המבטח - שיפוי עד תקרת הסכום המשולם לנותני שירות שבהסכם שבין המבטח לבין נותני השירות מסוגו ולא יותר מתקרת הסכומים הנקובים בגין הוצאות המפורטות להלן.</p>
כיסוי בגין הוצאות ממשיות שהוצאו בפועל				
יש קיצוז, בכפוף לתנאי ההסכם	תחליפי ומוסף	נדרש	שיפוי	<ol style="list-style-type: none"> 1. שכר מנתח ורופא מרדים פרטיים. 2. הוצאות חדר ניתוח ובכלל זאת בבי"ח פרטי. 3. בדיקה פתולוגית. 4. תותבת - עד סכום של 20,000 ₪ לתותב. 5. הוצאות אשפוז בבי"ח עד 30 ימי אשפוז. 6. שכר אח/ות פרטי/ת בעת שהות המבוטח בבי"ח - עד 550 ₪ ליום לתקופה מירבית של 8 ימים. 7. שירותי הסעה באמבולנס - העברת המבוטח לבי"ח או ממנו או העברתו בין בתי החולים - עד תקרה של 150% מהתעריף הרשמי באותה עת של שירותי מד"א 8. התייעצות לפני ניתוח עם מבצע הניתוח עד 800 ₪. 9. חוות דעת נוספת - חוות דעת נוספת לפני ניתוח אצל מנתח אחר, או אחריו, עד 800 ₪. 10. כיסוי מלא להוצאות בגין תרופות בבי"ח פרטי בעת הניתוח והאשפוז. 11. כיסוי הוצאות טיפולים פיזיותרפיים בבי"ח פרטי במקרה ניתוח – עד 450 ₪ ליום למשך תקופת האשפוז. 12. כיסוי הוצאות בדיקות אבחון ומעבדה בעת האשפוז. 13. סיוע בהשגת קרנית - במקרה שמבוטח יזדקק להשתלת קרנית ובאותה עת יחסרו קרניות להשתלה, המבטח יסייע תוך הפעלת קשריו בארץ ובחו"ל להשגת הקרנית, במסגרת סכום הביטוח המוקנה בביטוח זה לאביזר מושלם (עד 20,000 ₪).

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
ניתוחים בארץ				
פיצוי בגין אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מניתוח המכוסה על פי ההסכם				
פיצוי חודשי למבוטחים בגיל 21 ומעלה - בסך 3,000 ₪ לתקופה של עד 12 חודשים, לאחר 60 ימי המתנה. פיצוי זה לא יינתן למבוטח אשר לא היה כשיר לעבודה מלאה מיום ביצוע הניתוח ו/או 6 חודשים בטרם בוצע הניתוח.	פיצוי	לא נדרש	מוסף	אין
פיצוי חד פעמי למקרה מוות כתוצאה מניתוח				
פיצוי חד פעמי - במקרה מוות במהלך ו/או כתוצאה ישירה מניתוח המכוסה עפ"י פוליסה זו בתוך 14 יממות מביצוע הניתוח - בסך 100,000 ₪ למוטב שנקבע על ידי המבוטח ובאין קביעה כזו - ליורשיו החוקיים של המבוטח.	פיצוי	לא נדרש	מוסף	אין
פיצוי מיוחד במקרה אי שימוש בביטוח				
<p>ביצוע ניתוח במערכת הציבורית בישראל - בוצע ניצוח אלקטיבי במערכת הבריאות בישראל, ללא השתתפות המבטח, ישלם המבטח למבוטח פיצוי מיוחד בגובה 50% משכר מנתח הסכם, או סך של 750 ₪ לכל יום אשפוז (מקסימום עד 30 יום אשפוז) - הגבוה בין השניים).</p> <p>בנוסף, מימון עלות אביזר מלאכותי מושתל עד 20,000 ₪ כנגד קבלות מקוריות ובלבד שלא מומן על ידי קופת החולים. במקרה של מימון חלקי של קופת חולים ישלם המבטח את ההפרש ובלבד שלא יעלה על הסכום הנקוב לעיל.</p> <p>ביצוע ניתוח במערכת הפרטית בישראל - פיצוי במקרה של השתתפות קופ"ח בביצוע הניתוח בכפוף להמצאת טופס 17- בוצע במבוטח ניתוח המכוסה עפ"י הסכם זה בבי"ח פרטי בהשתתפות קופ"ח, במידה וימציא המבוטח טופס 17 יהיה זכאי המבוטח לפיצוי מיוחד בגובה 50% מההוצאות שנחסכו למבטח.</p>	פיצוי	לא נדרש	מוסף	אין

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
ניתוחים בחו"ל				
יש קיצוז, בכפוף לתנאי ההסכם	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>ניתוח בחו"ל אשר ביצעו אושר ותואם מראש ע"י המבטח ואשר בוצע במרכז רפואי הקשור בהסכם עם המבטח - שיפוי בגין הכיסויים המפורטים בסעיף "ניתוחים בארץ" לעיל.</p> <p>ביצוע ניתוח במרכז רפואי שאינו בהסכם עם המבטח ו/או ללא אישור מראש של המבטח - שיפוי בגין הוצאות המבוטח בפועל, עד תקרת עלות הניתוח אצל נתן שירות שבהסכם עם המבטח.</p>
כיסויים נוספים				
יש קיצוז, בכפוף לתנאי ההסכם	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>בניתוחים שנועדו להציל חיים/ראיה/שמיעה/ איבר ואין אפשרות לבצעו בארץ או שהניסיון הנצבר בחו"ל עולה באופן משמעותי על זה שבארץ ואין לו טיפול חלופי בישראל, בנוסף לכיסויים שניתנו בעת אשפוז, ובעת שהייה בחו"ל, יכוסו גם הוצאות טיסה, שהייה, הטסה רפואית והטסת גופה, הכל כמפורט להלן:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. הוצאות נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד (עד 2 מלווים במקרה שהמבוטח הנו קטין) בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל. 2. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה – עד \$20,000. 3. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל, למבוטח ולמלווה אחד - עד \$200 ליום ועד \$20,000 סה"כ. אם המבוטח הנו קטין, ישולמו הוצאות שהייה לשני מלווים, התקרה תהא בגובה \$300 ליום ועד \$30,000 סה"כ. 4. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר(חס וחלילה) כתוצאה מהניתוח או מסיבוכים הקשורים לניתוח – בתיאום מראש עם המבטח.

קיצוד תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח (הכיסוי נכנס לתוקף ביום 1.3.08)				
יש קיצוד, בכפוף לתנאי ההסכם	מוסף	נדרש	שיפוי	<p>מקרה הביטוח - מצבו הבריאותי של המבוטח המצריך ביצוע ניתוח המכוסה על פי תנאי ההסכם, ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום בו נדרש הניתוח.</p> <p>המבוטח יהא זכאי לבצע טיפולים רפואיים הנעשים כתחליף לניתוח בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ישנה קביעה מאת רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי על הצורך לביצוע ניתוח. 2. המבוטח זכאי לכיסוי בגין הניתוח על פי תנאי הסכם זה. 3. ישנה המלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי על ביצוע הטיפול הרפואי כתחליף לניתוח. 4. השיפוי בגין הטיפול החלופי שיבוצע הינו עד תקרת הסכום שהיה משולם בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול לו היה מבוצע אצל ספק השירות היקר ביותר שבהסכם עם המבוטח. 5. הטיפול החלופי יבוצע באישור ותיאום מראש ובכתב של המבטח בישראל בלבד. 6. נזקק המבוטח לביצוע הניתוח לאחר ביצוע הטיפול החלופי, יהיה זכאי לשיפוי בגין הניתוח על פי הסכם זה בקיצוד הסכום ששולם למבוטח בגין הטיפול החלופי במידה ובתוך 18 חודשים ממועד הטיפול החלופי (במידה ומדובר בסדרת טיפולים מתום הטיפול האחרון) בוצע הניתוח שבמקומו בוצע הטיפול החלופי. <p>במידה והניתוח יבוצע לאחר שחלפו 18 חודשים ממועד הטיפול החלופי, לא יקוזזו הסכומים הנ"ל, ויראו בניתוח המבוצע ניתוח חוזר.</p>

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
נספח ג' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות (מקרי ביטוח שאירעו לפני יום 1.3.08, יבחנו לפי הכיסוי הכלול בהסכם הקודם למבוטחים קיימים שעוברים ברצף לפוליסה זו)				
אין	תחליפי ומוסף	נדרש	שיפוי	<p>הגדרת מקרה הביטוח – נטילת תרופה בישראל, כתוצאה ממחלה או תאונה, על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.</p> <p>הכיסוי עד 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, באישור מראש של המבטח וכנגד הגשת קבלות מקוריות.</p> <p>על המבוטח תחול השתתפות עצמית בסך 300 ₪ למרשם לחודש.</p> <p>שיפוי בגין תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות או אשר כלולות בסל הבריאות אך לא להתוויה הרפואית אשר לשמה נדרשת התרופה למבוטח בתנאי שהתרופה אושרה לטיפול במחלתו של המבוטח ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בארה"ב ו/או במדינות מערב אירופה ו/או קנדה ו/או אוסטרליה ו/או ניו זילנד ו/או שווייץ ו/או נורבגיה ו/או איסלנד (להלן: "המדינות המוכרות"). בכפוף להצגת מרשם רופא חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית החולים ובקבלת אישור המבטח מראש.</p> <p>בנוסף, יינתן כיסוי לתרופות אונקולוגיות והמטו-אונקולוגיות שאושרו לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה רפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:</p>

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
נספח ג' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - המשך				
(1) פרסומי ה-FDA. (2) American Hospital Formulary Service Drug Information. (3) Us Pharmacopoeia Drug Information. (4) Drugdex (Micromede), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות): א. עוצמת ההמלצה נמצאת בקבוצה 1 או a2. ב. חוזק הראיות נמצאת בקטגוריה A או B. ג. יעילות נמצאת בקבוצה 1 או a2. (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה - National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים: א. NCCN ב. ASCO ג. NICE ד. ESMO Minimal Recommendation	שיפוי	נדרש	תחליפי ומוסף	אין

נספח ד' - כיסוי עלות חוות דעת שנייה בארץ ובחו"ל				
שיפוי בגין חוות דעת שנייה בכל תחום רפואי עבור מבוטחים אשר ברשותם חוות דעת ראשונה של רופא מומחה. כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, וכן פענוח נוסף של הבדיקות בתחום הרדיולוגי. <u>בח"ל</u> : שיפוי מלא בהפניה לאחת החברות עמה קשור המבטח, או שיפוי עד \$ 1,200 לכל חוות דעת. <u>בארץ</u> : שיפוי מלא לנותן שירות שבהסכם או תשלום עלות דומה כשמדובר ברופא אחר, ועד סך של 1,000 ₪. * הזכאות לחוות דעת שנייה בארץ ו/או בחו"ל מוגבלת לשלוש חוות דעת בכל שנת ביטוח.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש קיצוז, בכפוף לתנאי ההסכם

קיזוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
נספח ה' - יעוץ רפואי מיוחד בגין מחלה קשה				
יש קיזוז, בכפוף לתנאי ההסכם	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>עם גילוי מחלה קשה, כמפורט להלן, יהא המבוטח זכאי לשני ייעוצים אצל רופאים מומחים שבהסכם עם המבטח. במקרה של ייעוץ על ידי רופא אחר שאינו בהסכם עם המבטח, ישולם עד גובה הסכום המשולם לרופאי הסכם.</p> <p>השיפוי בגין כיסוי זה הינו עד תקרה של 1,000 ₪ לשנת ביטוח.</p> <p>להלן פירוט המחלות הקשות:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. סרטן; 2. אי ספיקת כליות; 3. שבץ מוחי; 4. התקף לב חריף; 5. עיוורון; 6. נכות מלאה ותמידית.

נספח ו' – בדיקות רפואיות אבחנתיות				
יש קיזוז, בכפוף לתנאי ההסכם	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>שיפוי בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות המפורטות להלן אשר המבוטח נזקק להם כתוצאה מבעיה רפואית:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CT 2. CT-PET 3. MRI <p>הכיסוי בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין הבדיקות לעיל ועד תקרה של 5,000 ₪ לשנת ביטוח.</p> <p>לא יכוסו בדיקות תקופתיות ו/או שגרתיות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.</p>

נספח ח' - ביטוח סיעודי (למבוטחים מעל גיל 18) - וולנטרי

<p>1. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאות, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מהפעולות כאשר אחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים:</p> <p align="center">לקום ולשכב; להתלבש להתפשט; להתרחץ; לאכול ולשתות; לשלוט על הסוגרים; ניידות;</p> <p>2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" כמוגדר בהסכם ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.</p>	<p align="center">הגדרת מקרה ביטוח</p>
<p align="center">עד 60 חודשים</p>	<p>משך תקופת תשלום תגמולי ביטוח</p>
<p align="center">פיצוי</p>	<p>סוג תגמולי הביטוח</p>
<p align="center">5,000 ₪ לאחר תקופת המתנה בת 90 יום.</p>	<p>סכום הביטוח</p>
<p>תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית זהים לתגמולי הביטוח עבור טיפול במוסד.</p>	<p>תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית</p>
<p align="center">אין</p>	<p>קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים</p>
<p align="center">קיים במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.</p>	<p>שחרור מתשלום הפרמיה</p>
<p align="center">אין</p>	<p>ערך מסולק</p>
<p align="center">אין</p>	<p>תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח</p>
<p>ניתן לרכוש הרחבות לביטוח הסיעודי כמפורט להלן:</p> <p>1. רכישת יחידת פיצוי נוספת בסך 5,000 ₪ לחודש כך שגמלת הסיעוד תעמוד על 10,000 ₪ לחודש.</p> <p>2. הרחבה של תקופת תשלום גמלת הסיעוד לכל החיים.</p> <p>רכישת ההרחבות לכיסוי הסיעודי כמפורט לעיל הינה בתנאים כמפורט בסעיף 3 לעיל ובכפוף להוראות הפוליסה.</p>	<p align="center">הרחבה לביטוח הסיעודי</p>

**תגמולי הביטוח הנקובים לעיל צמודים למדד שפורסם ב-15.6.2005, 10,006 נק'.
דמי הביטוח הנקובים לעיל צמודים למדד שפורסם ב-15.11.07, 10,469 נק'.**

תמצית הכיסויים הינה לשם הבהרה בלבד. התנאים המלאים והמחייבים הינם תנאי ההסכם ופוליסת

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי

1. הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדד:

1.1	הפוליסה	חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, וכל נספח ותוספת המצורפים לו
1.2	בעל הפוליסה	ארגון הסגל האקדמי הבכיר – הטכניון
1.3	המבוטחים	מי שהיה במועד הצטרפותו תושב קבע ו/או אזרח של מדינת ישראל וחבר ארגון הסגל האקדמי שגילם עד 70 בתאריך תחילת הביטוח וכן: <ul style="list-style-type: none"> • בן/בת זוגו (ובכלל זאת ידועה/ בציבור בכפוף להצהרה בכתב של החבר/העובד), שגילם עד 70 בתאריך תחילת הביטוח • ילדיהם ובני/ות זוגם • נכדים ונכדות. אשר שמם נקוב ברשימה שתועבר לחברה על ידי בעל הפוליסה, ואשר תעודכן מידי חודש. להסרת ספק יובהר כי במידה והמבוטח הצטרף לביטוח לפני גיל 70, הוא יהיה מבוטח כל עוד הפוליסה בתוקף.
1.4	דמי הביטוח	הסכום בגין הסכם זה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.
1.5	מקרה הביטוח	מערכת עובדות ונסיבות המתוארת בפוליסה, אשר קיומה מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה. למען הסר ספק מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.
1.6	תקופת האכשרה	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום 30 יום ממועד ההצטרפות למעט מקרה ביטוח הנובע מהריון ו/או לידה ו/או הפלות שאז תקופת האכשרה תהא בת 270 יום. מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת הביטוח. להסרת ספק, תקופת האכשרה לא תחול על אדם שברשותו פוליסת ביטוח בריאות (פרטי או קבוצתי) בת תוקף של חברת ביטוח ערב תאריך ההצטרפות. הפטור מתקופת האכשרה יחול אך ורק על הכיסויים החופפים בשתי הפוליסות ובלבד שהמבוטח השלים את תקופת האכשרה שעל פי הביטוח הקודם.

1.7	מדד	מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
1.8	שנת ביטוח	תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה בהם תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.
1.9	סכום ביטוח	הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה
1.10	חוק הביטוח	חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981
1.11	חוק הבריאות	חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994
1.12	ישראל	מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל
1.13	חו"ל	כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב
1.14	בית חולים	מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים וברשינו מופיע היתר לבצע את סוג הניתוח או הפעולה הנדונה.
1.15	בית חולים בהסכם	בית חולים כמוגדר לעיל הנמצא בהסכם עם החברה.
1.16	ניתוח	<p>כל פעולה פולשנית חדירתית (INVASIVE), כולל באמצעות לייזר, אשר מטרתה ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, וכן מניעת מצב רפואי שעלול (על פי כל קנה מידה רפואי מקובל) לסכן את המבוטח ו/או להחמיר את מצבו הבריאותי. במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית כשהיא חלק מניתוח או לקראת ניתוח ועד 30 יום לפני מועד ביצוע הניתוח", וכולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדו', צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT), אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה. להסרת ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום, או שיבוצעו בעתיד ובאים במקום ניתוח כהגדרתו לעיל.</p> <p>ההגדרות של הפרוצדורות הרפואיות נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".</p>
1.17	מנתח הסכם	רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח הנמצא בהסכם עם החברה.
1.18	מנתח אחר	רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח, שאינו מנתח שאינו מנתח שבהסכם עם החברה.
1.19	רופא מרדים	רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
1.20	אח/אחות	אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות.

1.21	נותן שירות שבהסכם	מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם.
1.22	תותבת (שתל)	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, ושתל דנטלי. הגדרת זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".
1.23	יום אשפוז	משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי החולים בישראל. מניית ימי האשפוז, בכל אשפוז שבו שהה המבוטח במהלך לילה אחד לפחות בבית"ח, תיעשה על פי מספר לילות האשפוז.
1.24	בדיקות	בדיקות חודרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו אקטיבי ו/או חומר קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה, בתנאי שהן בדיקות עזר לקביעת האבחנה במסגרת הייעוץ המוקדם וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוען. הבדיקות האמורות תתבצענה במעבדה או בבית החולים לפי העניין.
1.25	מעבדה	מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
1.26	מצב רפואי קודם	מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
1.27	סייג של מצב רפואי קודם	סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את החברה מחבותה או המפחית את חבות החברה או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
1.28	ניתוח אלקטיבי	ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר המיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

2. תוקף הפוליסה

פוליסה זו תיכנס לתוקפה החל מיום 1.3.2008 ותסתיים ביום 28.2.2011. לגבי מועמדים לביטוח הנדרשים למלא הצהרת בריאות עפ"י הוראות סעיף 3 להסכם זה להלן, תאריך תחילת הביטוח ייחשב ה- 1 (ראשון) לחודש העוקב לחודש בו הסתיים הליך החיתום וניתן אישור המבטח בכתב לקבלת המועמד לביטוח. המבטח מתחייב לסיים את הליך החיתום תוך 30 יום מיום קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח (לרבות הזמנת תיק רפואי) לשביעות רצונו. במקרה שהמועמד לביטוח לא הגיש את כל המסמכים הרפואיים לפי דרישת המבטח עד גמר 30 ימי החיתום, יהא רשאי המבטח להודיע למבוטח כי אינו יכול להצטרף להסכם זה.

3. תנאי ההצטרפות

- 3.1. כל חברי ארגון הסגל האקדמי אשר היו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם עד ערב תחילתו של הסכם זה והמופיעים ברשימת המבוטחים שתועבר למבטח והכוללת פרטים אישיים (שמות, מספרי זהות, תאריכי לידה, כתובת וטלפון, מועד הצטרפותם לביטוח וסכום דמי הביטוח המשולמים בגינם), יכללו אוטומטית בביטוח וזאת ללא כל צורך בחתימה על הצהרת בריאות אישית, בכפוף לתנאי הסכם זה על כל נספחיו (להלן: "**המבוטחים הקיימים**").
- 3.2. חבר/ה המבוטח במסגרת הסכם זה רשאי לצרף לביטוח את בני/ות משפחתו בהתאם להגדרת המבוטחים המופיעה לעיל. בני/ות משפחתו של חבר/ת הסגל, יצורפו על בסיס חיתום אישי לאחר שימלאו הצהרת בריאות אישית מקוצרת.
- 3.3. חבר/ות סגל חדשים יצורפו לביטוח באופן אובליגטורי מיום תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה, עובדים אלו יתקבלו באותם תנאים שבהם נתקבלו העובדים הקיימים בעת חתימת הסכם זה כמפורט בסעיף 3.1 שלעיל.
- 3.4. בני/ות משפחתו של חבר/ת סגל חדשים שיצטרפו לביטוח בתוך 90 יום מתאריך ההצטרפות של העובד יהיו פטורים ממילוי הצהרת בריאות ותהליך חיתום. כמו כן, במידה וחבר/ת סגל נישאו במהלך תקופת הביטוח, בני הזוג שיצטרפו לביטוח בתוך 90 יום ממועד הנישואין יהיו פטורים ממילוי הצהרת בריאות ותהליך חיתום.
- 3.5. תינוק שנולד- יצורף לביטוח תוך 15 יום מיום הולדתו על ידי הודעה בכתב לחברת הביטוח, כולל פרטיו המלאים: שם, תעודת זהות ותאריך לידתו. לא הועברה הודעה כאמור – יצורף התינוק לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות והליך של חיתום.

4. תקופת ההסכם ותקופת הביטוח

- 4.1. תקופת ההסכם תהיה מיום 1.3.08 ועד 28.2.2011. ההסכם יוארך אוטומטית לתקופות נוספות בנות 36 חודשים, אלא אם כן הודיע אחד הצדדים בכתב על רצונו שלא להאריך את ההסכם או את תקופת ההארכה וזאת בהודעה בכתב 60 ימים לפחות לפני תום תקופת ההסכם או תקופת ההארכה. למרות האמור לעיל יוכל בעל הפוליסה בכל עת, על סמך שיקול דעתו הבלעדי, להודיע על סיום ההסכם בהודעה מראש ובכתב לפחות 60 יום לפני תום סיום ההסכם על פי רצונו. להסרת ספק - כל מבוטח יהיה רשאי בכל עת מכל סיבה שהיא לעזוב את הסדר הביטוח, בהודעה שתינתן לבעל הפוליסה.
- 4.2. מועד תחילת הביטוח עבור כל מבוטח יהיה לפי המאוחר מבין התאריכים הבאים:
- 4.2.1. ה- (1) ראשון לחודש העוקב לחודש בו הצטרף לקבוצת המבוטחים, ובכפוף לצירוף פרטיו לרשימה המועברת למבטח ע"י בעל הפוליסה כאמור בסעיף 3 לעיל.
- 4.2.2. יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- 4.2.3. ה- (1) הראשון בחודש העוקב לחודש בו ניתן אישור המבטח בכתב להצטרפות המבוטח לביטוח לאחר הליך של חיתום במידת הנדרש עפ"י ההסכם.

- 4.2.4. לגבי מבוטחים קיימים שעוברים ברצף להסכם זה מהביטוח הקודם, ייחשב תאריך תחילת הביטוח לגביהם מועד כניסתם לביטוח הקודם בכל הנוגע לכיסויים והסכומים החופפים עם הסכם זה.
- 4.3. תום תקופת הביטוח לגבי כל מבוטח ובני משפחתו יהיה במוקדם מבין המקרים הבאים:
- 4.3.1. הודעה בכתב של בעל הפוליסה על הפסקת חברותו של המבוטח במסגרת ההסכם.
- 4.3.2. תום ההסכם.
- 4.3.3. ילד ו/או נכד המבוטח בהגיעו לגיל 26
- 4.3.4. שהיית המבוטח בחו"ל לתקופה של מעל שנתיים, אלא אם אותו מבוטח נמצא בשליחות של מוסד ממשלתי או ציבורי או מטעם הארגון בו הוא עובד.
- 4.4. על אף האמור בסעיף 4.3.3 ילדי ו/או נכדי מבוטחים שהגיעו לגיל 26 ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי הסכם זה, אך במחיר של מבוגר ובתנאי שהגבייה עבורם תמשיך להיות מרוכזת ע"י בעל הפוליסה.
- 4.5. עובד שעזב את הארגון מכל סיבה שהיא ו/או במקרה וההסכם יתבטל ו/או לא יחודש, יוכל לרכוש פוליסה/פוליסות ביטוח אישית בתנאים ובתעריפים אשר יהיו קיימים אצל המבטח באותו מועד ובסכומי ביטוח שלא יעלו על סכומי הביטוח על פי הסכם זה, זאת ללא הוכחת מצב בריאות וללא תקופת אכשרה על כיסויים וסכומים החופפים להסכם זה, ובתנאי כי הודיעו על רצונם להמשיך בביטוח בתוך 60 יום ממועד שעד אליו היו מבוטחים במסגרת ההסכם, הממשיכים בביטוח על פי סעיף זה יקבלו הנחה בת 25% בדמי הביטוח, בפוליסות בריאות למשך 60 החודשים הראשונים בביטוח האישי ובפוליסות סיעוד למשך 36 החודשים הראשונים בביטוח האישי.

5. דמי הביטוח

- 5.1. דמי הביטוח החודשיים יהיו כדלקמן:
 לעובד/ת - 46 ₪
 לבן/בת זוג של עובד/ת - 46 ₪
 לילד (רווק) של עובד (עד גיל 26) – 9.5 ₪ (ילד רביעי ואילך – חינם)
 נכד (רווק) של עובד (עד גיל 26) – 9.5 ₪
 לילד/נכד מעל גיל 26 – 46 ₪
- 5.2. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה עד ל- 20 של כל חודש בגין החודש שקדם לו.
- 5.3. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.11.07 שהינו 10,469 נקודות.
- 5.4. דמי הביטוח ישולמו במרוכז על פי מכפלת מספר המבוטחים (הרשומים ברשימה מרוכזת על ידי בעל הפוליסה אשר תועבר לחברה), על פי המפורט בסעיף 5.1 לעיל.
- 5.5. דמי הביטוח יועברו במרוכז לחברה באחריות בעל הפוליסה או מי מטעמו. יודגש ויובהר כי בעל הפוליסה ירכז זהות המבוטחים המצטרפים. הדיווח ייעשה בכל תחילת חודש עבור כל המבוטחים החדשים שהצטרפו בחודש הקודם.

6. תגמולי ביטוח

- 6.1. החברה תהא רשאית על פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלמם למבוטח כנגד קבלות מקוריות בלבד. המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי, כנגד קבלה מקורית, ובלבד שחברת הביטוח מחויבת בתשלום עבור השירותים הנדרשים על פי תנאי הסכם זה.
- 6.2. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 6.3. תגמולי הביטוח הנקובים במטבע זה והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום התשלום לספק השירות.
- 6.4. החברה מתחייבת לשלם את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ- 14 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים לידיה לברור החבות לרבות הזמנת תיק רפואי בעת הצורך.
- 6.5. נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייבה החברה לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי התחייבות האמורה תשלם החברה את היתרה לעיזבונו של המבוטח על פי צו קיום צוואה או על פי צו ירושה.
- 6.6. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 6.7. הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח, בשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד השלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי נספח זה. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.
- 6.8. היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות על פי ביטוח זה במלואן או בחלקן במסגרת פוליסה אחרת בחברה או בחברת ביטוח אחרת או מכל גורם שלישי אחר, תשלם החברה את מלא ההוצאות על פי חבותה בהסכם זה, בתנאי שתקבל מן המבוטח זכות שיבוב לגבות באופן יחסי את חלק המבטח/ים האחר/ים עבור ההוצאות שהוצאו בפועל, בהתאם להיקף הכיסוי לו היה זכאי המבוטח מכלל המבטחים, למעט מקרים בהם ניתן לקבל פיצוי (כפל) כגון ביטוח חיים, ביטוח סעודי וכל כיוצ"ב.

7. תביעות

- החברה תשלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי נספח זה או תעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם אם נתקיימו תנאים אלה:
- 7.1. המבוטח הודיע מראש לחברה על מקרה הביטוח וקיבל אישור החברה לחבותה על פי הסכם זה. קבלת אישור החברה לקיום מקרה ביטוח ולחבותה, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה. קרה מקרה ביטוח ומסיבה מוצדקת נמנע מהמבוטח להודיע לחברה מראש על מקרה הביטוח, ידון המבטח בתביעה

- לאחר הניתוח ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות הסכם זה, ובלבד שמקרה הביטוח יובא לידיעת המבטח בתוך זמן סביר.
- 7.2. המבוטח חתם על כתב וויתור סודיות רפואית ומסר לחברה כל הפרטים והמסמכים המקוריים הרפואיים הסבירים המתייחסים לתביעתו, ואת כל המסמכים, המצויים ברשותו, הדרושים לחברה לברור תביעתו.
- 7.3. המבוטח המציא לחברה קבלות מקוריות המאשרות תשלום בפועל על ידו.
- 7.4. החברה תהא זכאית לנהל על חשבונה חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא או אח/ות או מרפא בעיסוק אחד או יותר מטעמה כפי שתמצא לנכון ובלבד שמצב המבוטח מאפשר זאת ואין בביצוע הבדיקה ו/או החקירה משום החמרת מצבו של המבוטח או עיכוב בריפוי ו/או בטיפול לו הוא נדרש.
- 7.5. החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם אחר זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל. אין בסעיף זה למנוע מן המבוטח, ללא קשר או זיקה כלשהם לחברה, אפשרות לתבוע את נותן השירות.
- 7.6. החברה תעמיד לרשות המבוטחים מוקד שירות ותביעות שיפעל 24 שעות ביממה.

8. חריגים כלליים

- 8.1. המבטח יהיה פטור מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 8.1.1. למבוטחים שגילם מתחת לגיל 65 יחולו חריגי מצב רפואי קודם במשך תקופה של שנה אחת ממועד הצטרפותם לפוליסה.
- 8.1.2. למבוטחים שגילם 65 ומעלה יחולו חריגי מצב רפואי קודם במשך תקופה של 6 חודשים ממועד הצטרפותם לפוליסה.
- 8.1.3. על אף האמור לעיל, בשנה הראשונה להצטרפות המבוטח, המבטח לא יחויב בתשלום תגמולי ביטוח רק אם היה ידוע למבוטח וכתוב בתיקו הרפואי, על הצורך במקרה הביטוח.
- 8.1.4. למען הסר ספק, בחלוף התקופות המפורטות לעיל, יבוטלו חריגי מצב רפואי קודם על-פי סעיפים 8.1.1 ו-8.1.2 דלעיל, והמבטח יהא מנוע מלטעון לאי-חבותו לכיסוי על פי פוליסה זו בגין התקיימות חריג כלשהו מחריגי מצב רפואי קודם.
- 8.1.5. אין באמור בס' 8.1.1-8.1.4 כדי לגרוע מתחולתם של חריגים אחרים שאינם חריגי מצב רפואי קודם, וכן מחריגים מיוחדים אשר הוטלו על מבוטח בעקבות הצהרת בריאות שהגיש. חריגים אלה יחולו בהתאם לחוזה. החרגה רפואית שנקבעה על ידי המבטח

בהליך של חיתום תהא תקפה לתקופה שצוינה על ידי המבטח לצד אותה החרגה.

8.1.6 יובהר כי לגבי הכיסויים והסכומים החופפים שבין הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם ובין הסכם זה, לא יחול חריג מצב רפואי קודם על מבוטחים קיימים שבוטחו במסגרת ההסכם הקודם ועברו ברצף לביטוח עפ"י הסכם זה, ובוטחו במסגרתו עד למועד קרות מקרה הביטוח הנתבע.

8.2 מובהר כי חריג מצב רפואי קודם לא יהא תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם והחברה לא סייגה במפורש ובכתב את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח והביאה זאת לידיעת המבוטח ללא דיחוי, מראש ובכתב.

8.3 מוסכם, כי ליקוי בריאותי המתואר לעיל כ"מצב רפואי קודם" אשר השפעתו על קרות מקרה הביטוח עקיפה ו/או תלויה בהתקיימות נסיבות נוספות, לא יוחרג, ומקרה הביטוח יכוסה.

8.4 למרות האמור בסעיף 8.1.5 לעיל, מוסכם כי החרגות לתקופה העולה על חמש שנים יחולו רק על נספחים א' (השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל) ונספח ביטוח סיעודי. האמור בסעיף זה יחול אך ורק על מקרי ביטוח שמועד קרותם הינו לאחר תאריך 1.3.08.

8.5 החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח שנגרם ישירות מהסיבות המפורטות להלן:

8.5.1 מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הפוליסה או לאחר תום תקופת הפוליסה או בתוך תקופת האכשרה, ובלבד שמקרה הביטוח היה מתועד בכתב בתיקו הרפואי של המבוטח.

8.5.2 אי שפיות, התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, הפרעות נפשיות, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים ו/או סמים רפואיים המאושרים לפי הוראת רופא.

8.5.3 תוצאה ישירה או עקיפה של תסמונת כשל החיסוני הנרכש (AIDS) כולל מוטציות ו/או וריאציות ו/או תסמונת דומה אחרת.

8.5.4 מקרה ביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי. על אף האמור, מקרה ביטוח שארע עקב פגיעה מגז ראדון יכוסה בחוזה זה.

8.5.5 פעילות ספורט מקצוענית במסגרת אגודת ספורט אשר שחר בצידה, החזר הוצאות לא יחשב כשכר לצורך סעיף זה.

- 8.5.6. במקרה בו צוין, אם צוין, חריג מיוחד וספציפי בנספח מנספחי הפוליסה, ולאותו שירות או כיסוי.
- 8.5.7. בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 8.5.8. שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע. ובלבד שמקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של שירות זה והמבוטח אינו זכאי לפיצוי ו/או לטיפול רפואי מגורם ממשלתי. היה זכאי המבוטח לפיצוי חלקי מגורם ממשלתי ישלים המבוטח את הפיצוי/שיפוי עד לתקרה הנקובה בפוליסה זו.
- 8.5.9. המבוטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבוטח אינו אחראי לכל נזק שייגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי המבוטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או מעשה או מחדל של הנ"ל.

9. הצמדה

- 9.1. סכומי הביטוח הקבועים בפוליסה זו ודמי הביטוח שעל חברה לשלם יהיו צמודים למדד הידוע האחרון שפורסם לפני התשלום בפועל.
- 9.2. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני התשלום בפועל על ידי החברה לגבי סכום הביטוח בקורת מקרה ביטוח, או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד ביום תחילת הביטוח כפי שמופיע בסעיף 9.3 שלהלן.
- 9.3. מדד הבסיס לפוליסה זו הוא מדד מאי 2005, כפי שפורסם בתאריך 15.6.2005, 10006 בנקודות.

10. חוק הביטוח

הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981 יחולו על נספח זה בכל אותם עניינים אשר לא הוסדרו בפוליסה עצמה.

11. הודעות

על בעל הפוליסה להודיע לחברה על כל שינוי כתובת במכתב רשום. הודעה שתישלח על ידי החברה לכתובת האחרונה הידועה לו של בעל הפוליסה תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

12. התיישנות

תקופת ההתיישנות בגין תביעות בהסכם זה תהיה 3 שנים.

13. בורות

במקרה והתגלעו חילוקי דעות בנושאים רפואיים הנוגעים להסכם זה, מסכימים הצדדים כי יתנהל לאלתר הליך לשם מציאת פתרון מוסכם. היה ולא נמצא פתרון

מוסכם כאמור, תוך שבעה ימים, מסכימים הצדדים כי המחלוקת תועבר לאלתר לבוררות על ידי בורר מוסכם או, בהעדר הסכמה, בורר מכריע, שהוא רופא מומחה בתחום שבמחלוקת, ברמת מנהל מחלקה בבית חולים מוכר בישראל לפחות, אשר ייקבע על ידי שני הצדדים. הכרעתו של הבורר תחייב את הצדדים. בהוצאות הבוררות תישא חברת הביטוח.

14. ועדת חריגים

במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל על פי סעיף 1.2 לנספח א', אשר עלותו תהיה גבוהה מסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 2.3 לנספח א', יבדקו הצדדים אפשרות לתשלום החלק שמעל סכום הביטוח בסעיף 2.3 בחלקו או במלואו וזאת "לפנים משורת הדין" ובכפוף לתוצאות הביטוח.

15. הודעות למבוטחים וחברת הסבר

החברה תפיק ותפיץ חוברת אשר תכלול את מכלול תנאי הפוליסה, מידע דרוש, פרטים בדבר אופן הגשת תביעות וכל פירוט אחר כפי שייקבע על ידי בעל הפוליסה. רשימת העובדים תשמש את החברה אך ורק לשם מתן שירותים על פי הסכם זה ולא תועבר לצד שלישי כלשהו.

16. שיתוף פעולה

החברה תשתף פעולה עם בעל הפוליסה ככל שיידרש לצורך מתן השירותים על פי תנאי הסכם זה. שמות אנשי הקשר לעניין נושאים הקשורים בהסכם יועברו על ידי בעל הפוליסה.

נספח א'

1. השתלת בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

מקרה הביטוח הוא מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, ובלבד שההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל בוצעו במהלך תקופת הביטוח:

1.1 השתלה:

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

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

1.1.1 מקרה ביטוח יחשב, בתנאי כי רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין, קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים, את הצורך בביצוע ההשתלה וההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר

ומורשה על ידי הרשויות במוסמכות במדינה בה תבוצע ההשתלה, לפי בחירת המבוטח.
1.1.2 לאחר ביצוע ההשתלה תשלם החברה, במשך 24 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה, למושתל סך חודשי של 5,000 ש"ח כגמלת החלמה. נפטר המבוטח בלא שניצל את מלוא הגמלה, יקבל עזבונו את יתרת הגמלה הבלתי מנוצלת.

1.2 טיפול רפואי מיוחד בחו"ל:

- 1.2.1 טיפול מיוחד – ניתוח ו/או טיפול רפואי המיועדים להצלת חיים/ראיה/שמיעה/איבר בחו"ל אשר רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך החיוני בביצוע הטיפול המיוחד, כולל אפשרות הבאת רופא מומחה מחו"ל לארץ, ואשר מתקיים בו אחד התנאים הבאים:
- 1.2.1.1 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע על ידי שירותי הרפואה בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל.
- 1.2.1.2 סיכויי ההצלחה של הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ.
- 1.2.1.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר בחו"ל ועקב כך קיים סיכון לפגיעה חמורה בבריאות המבוטח או בחייו.
- 1.3 מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד בו היה קיים עפ"י תיקו הרפואי של המבוטח הצורך הרפואי בהשתלה ו/או בטיפול מיוחד, כאמור לעיל.

2. סכום הביטוח

- 2.1 במרכזים רפואיים המצויים בהסדר עם החברה – ללא תקרת סכום ביטוח.
- 2.2 במרכזים רפואיים אשר אינם בהסדר עם החברה - סכום הביטוח המרבי להשתלה יהיה עד 4,500,000 ₪.
- 2.3 סכום הביטוח המרבי לטיפול רפואי מיוחד בחו"ל יהיה 750,000 ש"ח.
- 2.4 להשתלת מח עצמות עצמית – שיפוי מלא בבית חולים פרטי או החזר של 800 ₪ לכל יום אשפוז עד מקסימום 30 יום.
- 2.5 להסרת ספק יובהר כי סכומי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1-2.3 יינתנו רק עבור ההוצאות הסבירות המפורטות בסעיף 3 (התחייבות החברה), באופן ישיר או כנגד קבלות מקוריות, לא יותר מההוצאה בפועל ועד הסכום המירבי כמפורט בסעיפים 2.1-2.3 לעיל, עבור כל ההוצאות יחדיו.

3. התחייבות החברה

בקרות מקרה הביטוח ישלם המבטח ישירות לספק השירות, אם יבחר המבוטח לבצע את ההשתלה במרכז רפואי הנמצא בהסכם עם המבטח, המבטח יצייד את המבוטח במכתב התחייבות לתשלום כפי שיידרש או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בגין ההוצאות המכוסות בהסכם זה ולא יותר מתקרות של ספקי שירות שבהסכם עם המבטח במידה והא בחר לבצע את ההשתלה במרכז שאינו בהסכם עם המבטח, כל זאת על פי בחירתו של המבוטח. המבטח יצייד את המבוטח במכתב התחייבות לתשלום, כפי שיידרש. בכל מקרה לא יעלו סכומי הביטוח על

האמור בכל סעיף (אם יש תקרה) ולא יותר מההוצאות הרפואיות המקובלות בגין הוצאה זו.

- 3.1 אפשרות שיפוי להשתלה או לטיפול מיוחד – החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותן השירות, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוציא בפועל בגין מקרה הביטוח.
- 3.1.1 תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח.
- 3.1.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 60 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 300 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות.
- 3.1.3 תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.1.4 תשלום עבור השגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- 3.1.5 כיסוי הוצאות שימוש בלב מלאכותי עד למציאת תורם, אך לא יותר מ-\$250,000.
- 3.1.6 כיסוי לאיתור תורם בעת הצורך בהשתלת מח עצם או השתלה המצריכה תורם ספציפי, עד לתקרה של 100,000 ₪, סכום זה הוא בנוסף לסכומים הנזכרים לעיל.
- 3.1.7 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. במידה והמושגל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים.
- 3.1.8 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל הוצאות צוות רפואי מלווה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה.
- 3.1.9 במידה ונדרש ע"י שלטונות התעופה ו/או ע"י שני רופאים מומחים בתחום כי למבוטח יתלווה במהלך הטיסה גם רופא (בנוסף למלווה/ים), החברה תישא בהוצאה זו עד לתקרה של \$2,500.
- 3.1.10 תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. במידה והמושגל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים.
- 3.1.11 תשלום עבור המשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד שנה מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד הנ"ל עד 100,000 ש"ח.
- 3.1.12 תשלום מלא עבור העברת גופת מבוטח לישראל אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל.
- 3.1.13 תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל – אם לא ניתן להעביר את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 3.1.14 תשלום עבור כל הוצאה ישירה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

נספח ב'
ביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח, כולל השתלת קרנית אשר תיחשב כניתוח על פי נספח זה, אשר יבוצע על ידי מנתח הסכם או מנתח אחר בבית חולים או בכל מרכז רפואי אחר ובלבד שעלות השוק של ניתוח מסוג זה עולה על \$2000. (לילדים הכיסוי הוא לכל ניתוח ללא מגבלת סף פיצוי של \$2000).

להסרת ספק, עלות שוק היא העלות הממוצעת של עלויות הניתוח הרלוונטי בבתי החולים אסותא בתל אביב והמרכז הרפואי בהרצליה.

2. תגמול הביטוח בגין מקרה ביטוח

2.1 החברה תשפה את המבוטח, באופן מלא וישיר אצל נותן השרות שבהסכם, או כנגד קבלות מקוריות שימציא לה המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על המשולם לנותן השירות שבהסכם שבין החברה לבין נותני השירותים מסוגו:

- 2.1.1 שכר מנתח פרטי.
- 2.1.2 שכר רופא מרדים פרטי.
- 2.1.3 הוצאות חדר ניתוח ובכלל זאת בבי"ח פרטי.
- 2.1.4 בדיקה פתולוגית.
- 2.1.5 תותבת – עד סכום של 20,000 ₪ לכל תותב (אין הגבלה למס' התותבות).
- 2.1.6 הוצאות אשפוז המבוטח בבית חולים ועד 30 ימי אשפוז.
- 2.1.7 שכר אחות פרטית/ בעת שהותו של המבוטח בבית חולים – עד 550 ₪ ליום לתקופה מרבית של 8 ימים.
- 2.1.8 שירותי הסעה באמבולנס - המבטח יחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבי"ח או ממנו או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר. החזר זה לא יעלה על פעם וחצי מהתעריף הרשמי הקיים באותו עת בשירותי מד"א.
- 2.1.9 התייעצות אחת לפני ניתוח עם מבצע הניתוח עד לסך של 800 ₪.
- 2.1.10 חוות דעת נוספת – חוות דעת נוספת לפני ניתוח אצל מנתח אחר, או אחריו, עד לסך של 800 ₪.
- 2.1.11 כיסוי מלא להוצאות בגין תרופות בבי"ח פרטי בעת הניתוח והאשפוז.
- 2.1.12 כיסוי הוצאות בדיקות אבחון ומעבדה בעת האשפוז.
- 2.1.13 כיסוי הוצאות טיפולים פיזיותרפיים בבי"ח פרטי במקרה ניתוח, עד ל- 450 ₪ ליום למשך תקופת האשפוז.
- 2.1.14 אבדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח - המבטח ישלם למבוטח פיצוי חודשי בסך 3,000 ש"ח במקרה של אבדן מוחלט של כושר

העבודה הנגרם למבוטח כתוצאה מביצוע ניתוח המכוסה על פי נספח מס' 1 להסכם זה, זאת לאחר 60 ימי המתנה ולמשך עד 12 חודשים וכל עוד המבוטח נמצא במצב של אי כושר מוחלט לעבודה. סעיף זה לא יחול על מבוטח אשר לא היה כשיר לעבודה מלאה מיום ביצוע הניתוח ו/או 6 חודשים בטרם בוצע הניתוח. סעיף זה יחול על מבוטחים בגיל 21 ומעלה.

2.1.15 מוות כתוצאה מניתוח - במקרה מות המבוטח במהלך ו/או כתוצאה ישירה מניתוח המכוסה על פי נספח מס' 1 להסכם זה, ובתוך 14 יממות מביצוע הניתוח, ישלם המבטח סכום פיצויי חד פעמי בסך 100,000 ש"ח. הפיצויי ישולם למי שהמבוטח קבע ובאין קביעה כזו ליורשיו החוקיים.

2.2 סיוע בהשגת קרנית: במידה והמבוטח יזדקק להשתלת קרנית ובאותה עת יהיה חוסר בקרניות להשתלה, החברה תסייע למבוטח תוך הפעלת קשריה בארץ ובחו"ל להשגת הקרנית, במסגרת סכום הביטוח המוקנה בביטוח זה לאביזר מושתל.

2.3 טיפול רפואי חוזר (ובכלל זאת חוות דעת) אשר נדרש בעקבות מקרה ביטוח יחשב אף הוא למקרה ביטוח.

2.4 ביצוע ניתוח במערכת הציבורית - בוצע ניתוח אלקטיבי במערכת הציבורית בישראל, ללא השתתפות החברה, תשלם החברה למבוטח פיצוי מיוחד בגובה 50% משכר מנתח הסכם, או סך של 750 ₪ לכל יום אשפוז (עד מקסימום 30 ימי אשפוז) - הגבוה מבין השניים. בנוסף, תממן החברה את עלות אביזר מלאכותי מושתל. זאת, כנגד קבלות מקוריות ובלבד שהאביזר לא מומן ע"י קופת החולים של המבוטח. במקרה של מימון חלקי של הקופה תשלם החברה רק את ההפרש. בכל מקרה מקסימום התשלום לכל תותב לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 2.1.5 דלעיל.

למען הסר ספק, הפיצוי לא יינתן במקרה של ניתוח חרום, המוגדר כניתוח אשר לצורך ביצועו המבוטח התקבל לבית החולים באמצעות הפנייה מחדר המיון לביצוע דחוף של הניתוח בלא שתהיה אפשרות, מבחינה רפואית, לדחות את הניתוח ו/או להעביר את ביצועו לבית חולים פרטי.

2.5 ביצוע ניתוח במערכת הפרטית - שילם המבוטח בעצמו ו/או המציא למבטח כתב התחייבות (טופס 17) מטעם קופת חולים בה הוא חבר, לכיסוי של הוצאות ניתוח המכוסה על פי חוזה זה בבית חולים פרטי, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי מיוחד בשיעור של 50% מההוצאות שנחסכו למבטח.

2.6 יובהר, כי מבוטח אשר יבצע ניתוח ללא השתתפות המבטח במימון הניתוח, יהא זכאי לכיסוי השירותים המפורטים בסעיפים 2.1.4, 2.1.5, 2.1.7, 2.1.8 ו- 2.1.10, וזאת מבלי לגרוע מזכאותו לפיצוי האמור בסעיף זה. למען הסר ספק, שימוש בכיסויים המפורטים לעיל, כולם או חלקם, לא יחשב כביצוע הניתוח בהשתתפות המבטח.

2.7 ביצוע ניתוח בחו"ל: המבוטח יהא רשאי על פי בחירתו לעבור ניתוח המכוסה על פי ביטוח זה בחו"ל ובלבד שקיבל לכך אישור מראש ע"י החברה. במידה ויבצע זאת במרכז רפואי המצוי בהסכם עם חברת הביטוח, תעביר החברה למרכז הרפואי התחייבות לתשלום בגין כל הפרטים המכוסים בפוליסה זו ומפורטים בסעיף 2.1. במידה והניתוח

יבוצע במרכז רפואי שאינו בהסכם עם חברת הביטוח ו/או הניתוח בוצע ללא אישור מראש של החברה, תחזיר החברה למבוטח את הוצאותיו במטבע ישראלי בישראל בהתאם לשער היציג ביום התשלום, ובהיקף שלא יעלה על הוצאות החברה אילו בוצע הניתוח במרכז רפואי המצוי בהסכם עם החברה.

2.8 במידה שמדובר בניתוח שנועד להציל חיים/ראיה/שמיעה/איבר ואין אפשרות לבצעו בארץ או שהניסיון הנצבר בחו"ל עולה באופן משמעותי על זה שבארץ ואין לו טיפול חלופי בישראל, בנוסף לכיסויים שינתנו בעת אשפוז, ובעת השהייה בחו"ל, יכוסו גם הוצאות טיסה, שהייה, הטסה רפואית והטסת גופה, הכל כמפורט להלן:

2.8.1 הוצאות נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד (עד 2 מלווים במקרה שהמבוטח הנו קטין) בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.

2.8.2 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה – עד \$20,000.

2.8.3 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל, למבוטח ולמלווה אחד - עד \$200 ליום ועד \$20,000 סה"כ. אם המבוטח הנו קטין, ישולמו הוצאות שהייה לשני מלווים, התקרה תהא בגובה \$300 ליום ועד \$30,000 סה"כ.

2.8.4 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר(חס וחלילה) כתוצאה מהניתוח או מסיבוכים הקשורים לניתוח – בתיאום מראש עם המבטח.

3. בנוסף לחריגים הכלליים בהסכם זה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח לפי נספח זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

3.1 הניתוח בא לתקן פגם ו/או מום מולד, ובלבד שהיה מצוין בתיקו הרפואי טרם הצטרף לביטוח ובכפוף להוראות חריג מצב רפואי קודם סעיף 8.1 להסכם.

3.2 הניתוח הוא למטרות יופי ואסטטיקה, (למעט ניתוחים המהווים חלק בלתי נפרד, ונחוץ, של ניתוח המכוסה בפוליסה כגון שיקום ושחזור שד לאחר ניתוח כריתת שד).

3.3 בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה/ות ופועלות הדמיה כגון: CT ו-MRI אלא אם כן הם נדרשים לצורך הניתוח לפניו ו/או במהלכו או בזמן האשפוז שבא בעקבותיו.

3.4 ניתוחים הקשורים בשיניים ו/או בחניכיים.

3.5 לא ישולם עפ"י נספח זה שכר מילדת ולא ישולם שכר מנתח במקרה של לידה. על אף האמור לעיל, אם בוצע ביולדת ניתוח קיסרי, ישולם המבטח את שכר המנתח, חדר לידה, הרדמה ואת עלות האשפוז

הנוסף עקב היות הלידה בניתוח קיסרי, בתנאי מפורש כי טרם הצטרפה לביטוח לא עברה ניתוח קיסרי כלשהו.

4. טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח

- 4.1 מקרה הביטוח- מצבו הבריאותי של המבוטח המצריך ביצוע ניתוח המכוסה על פי תנאי ההסכם, ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום בו נדרש הניתוח.
- 4.2 המבוטח יהא זכאי לבצע טיפולים רפואיים הנעשים כתחליף לניתוח בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:
- 4.2.1 ישנה קביעה מאת רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי על הצורך לביצוע ניתוח.
- 4.2.2 המבוטח זכאי לכיסוי בגין הניתוח על פי תנאי הסכם זה.
- 4.2.3 ישנה המלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי על ביצוע הטיפול הרפואי כתחליף לניתוח.
- 4.2.4 השיפוי בגין הטיפול החלופי שיבוצע הינו עד תקרת הסכום שהיה משולם בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול לו היה מבוצע אצל ספק השירות היקר ביותר שבהסכם עם המבטח.
- 4.2.5 הטיפול החלופי יבוצע באישור ותיאום מראש ובכתב של המבטח בישראל בלבד.
- 4.2.6 נזקק המבוטח לביצוע הניתוח לאחר ביצוע הטיפול החלופי, יהיה זכאי לשיפוי בגין הניתוח על פי הסכם זה בקיזוז הסכום ששולם למבוטח בגין הטיפול החלופי במידה ובתוך 18 חודשים ממועד הטיפול החלופי (במידה ומדובר בסדרת טיפולים מתום הטיפול האחרון) בוצע הניתוח שבמקומו בוצע הטיפול החלופי.
- במידה והניתוח יבוצע לאחר שחלפו 18 חודשים ממועד הטיפול החלופי, לא יקוזזו הסכומים הנ"ל, ויראו בניתוח המבוצע ניתוח חוזר.

5. תחולת הכיסוי:

הכיסוי של טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח יחול בגין מקרי ביטוח שמועד קרותם הינו לאחר מועד כניסתו של הסכם זה לתוקף ביום 1.3.08.

6. חריגים

בנוסף לחריגים הכלליים בהסכם על נספחיו ולחריגים המפורטים בנספח זה (כיסוי מורחב לניתוחים), לא יהא המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח, במקרים הבאים:

- 6.1 טיפולים הניתנים במסגרת הרפואה האלטרנטיבית, לרבות טיפולים הומיאופתיים, אקופונקטורה והיפרתרמיה.
- 6.2 טיפולי פיזיותרפיה ו/או טיפולים כימותרפיים.
- 6.3 טיפולים חלופיים שהינם ניסיוניים.

6.4	טיפול רפואי המבוצע כתחליף לניתוח לאחר תום תקופת ההסכם.
6.5	הוצאות רכישת תרופות שלא במסגרת אשפוז.
6.6	חריג מצב רפואי כמוגדר בסעיף 8.1 להסכם בגין הכיסוי של טיפולים מחליפי ניתוח יחול על כל המבוטחים במסגרת ההסכם, החל ממועד כניסתו של נספח זה לתוקף בתאריך 1.3.08 או החל ממועד הצטרפותם של המבוטחים לביטוח, לפי המאוחר מביניהם.

נספח ג' טיפול תרופתי מיוחד

1. הגדרות:

תרופה - 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.

טיפול תרופתי - נטילת תרופה בישראל, כתוצאה ממחלה או תאונה, על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.

מרשם - מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול תרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. מרשם עפ"י ביטוח זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם יועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם. המרשם יינתן בידי רופא בית חולים או בידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי, בתחילת הטיפול וכל שלושה חודשים במהלך הטיפול.

סל הבריאות הממלכתי - מכלול השירותים הרפואיים ובכלל זה התרופות הניתנות על-ידי קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994, או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין חבריה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת, למעט תכנית השב"ן.

רופא מומחה - רופא, שהוסמך על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנדרש לטיפול בתרופה.

בית-מרקחת - מקום המורשה על-פי החוק בישראל למכור ולשווק תרופות לציבור (להלן "נותן השירות").

תקופת הפיצוי – המבוטח זכאי לפיצוי בגין אותו מקרה ביטוח המכוסה עפ"י הסכם זה עד לתקרה הקבועה להלן, ללא קשר אם הפוליסה בתוקף או לא, ובלבד שמקרה הביטוח ארע במהלך תקופת הביטוח עפ"י הסכם זה ולאחר מועד כניסתו של הסכם זה לתוקף ביום 1.1.08.

מקרה הביטוח – מצבו הבריאותי של המבוטח אשר קיבל עקב מחלה או תאונה בה לקה במהלך תקופת הביטוח או עקב החמרה במצבו הבריאותי (עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים) במהלך תקופת הביטוח, המלצה בכתב מרופא מומחה לטיפול באמצעות תרופה.

2. התחייבויות המבטח:

- 2.1. המבטח יכסה כל תרופה שאינה רשומה בסל הבריאות הממלכתי או תרופה הכלולה בסל הבריאות הממלכתי אולם לא להתוויה הרפואית אשר לשמה נדרשת התרופה למבטח, ובלבד שההתוויה הנדרשת מאושרת כתרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבטח על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, בארה"ב, באיחוד האירופי, בקנדה, באוסטרליה, בניו זילנד, בשווייץ, בנורבגיה או באיסלנד. הכיסוי בכפוף להצגת מרשם חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית חולים. כמו כן, יש לקבל את אישור המבטח מראש.
- 2.2. המבטח לא יחריג כיסוי לתרופה או לטיפול תרופתי שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.
- 2.3. תרופה אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל התרופות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית, ובלבד שמדובר בתרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבטח, על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, בארה"ב, באיחוד האירופי, בקנדה, באוסטרליה, בניו-זילנד, בשווייץ, בנורבגיה או באיסלנד (להלן: "המדינות המוכרות").
- 2.4. תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת כ- OFF LABEL :
 המבטח יכסה בתכנית ביטוח תרופות עפ"י נספח זה כל תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבטח על ידי לפחות אחד מהבאים:
- (6) פרסומי ה-FDA
 - (7) American Hospital Formulary Service Drug Information
 - (8) US Pharmacopoeia-Drug Information
 - (9) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 1. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa
 2. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B
 3. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa
 - (10) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 1. NCCN
 2. ASCO
 3. NICE
 4. ESMO Minimal Recommendation
3. **סכום הביטוח** – הכיסוי הוא עד לתקרה של 1,000,000 ₪.
4. **השתתפות עצמית** – על המבטח תחול השתתפות עצמית בסך 300 ₪ מקסימום למרשם ומקסימום לחודש.
5. תוקף נספח זה – נספח זה יכנס לתוקף ביום 1.3.08 ויחול על מקרי ביטוח שמועד קרותם הינו ממועד זה ואילך. מקרי ביטוח שארעו לפני מועד זה יבחנו לפי הוראות ההסכם הקודם והכיסוי הכלול בו.

6. בנוסף לחריגים הכלליים שבהסכם זה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

1. תרופה ניסיונית אשר לא אושרה על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל ו/או ע"י מנהל המזון והתרופות בארה"ב (FDA). באיחוד האירופי, בקנדה או באוסטרליה כתרופה להתוויה הנדרשת למבוטח, למעט תרופות כמוגדר בסעיף 2.4 בפרק זה לעיל.
2. תרופה שמטרתה טיפול קוסמטי ו/או אסתטי.
3. תרופה לטיפול בבעיות שיניים ו/או בחניכיים.
4. מקרה הביטוח נובע מאלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם (למעט אם ניתנו באישור מיוחד ובכתב ע"י רופא מומחה).
5. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירותי רפואה מונעת, כגון תרופה שהינה ויטמינים או חיסונים או תרופה לדיאטה או תוספי מזון.
6. תרופה הנדרשת לטיפול פוריות ו/או עקרות ו/או אין אונות.

נספח ד'

ביטוח כיסוי עלות חוות דעת שניה בארץ ו/או בחו"ל

מקרה הביטוח –

מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית שנייה בכל תחום רפואי ואשר ברשותו חוות דעת רפואית ראשונה של רופא מומחה.

הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות בתחום הרדיולוגי.

סכום הביטוח-

בחו"ל – שיפוי מלא בהפניה לאחת החברות עמה קשורה חברת הביטוח, או שיפוי בגובה עלות שלא תחרוג מ-\$1,200 לכל חוות דעת.

את הכיסוי באמצעות חברה הקשורה עם חברת הביטוח ניתן לקבל על ידי פנייה למוקד כלל בטלפון 03-6388400.

בארץ – שיפוי מלא כשמדובר בנותן שירות שבהסכם או תשלום עלות דומה כשמדובר ברופא אחר ולא יותר מ-1,000 ₪.

הזכאות לחו"ד שניה בארץ ו/או בחו"ל מוגבלת לשלוש חו"ד בכל שנת ביטוח.

נספח ה' יעוץ רפואי מיוחד

מקרה הביטוח: נתגלתה במבוטח מחלה קשה (כמפורט להלן) יהיה זכאי לשני ייעוצים אצל רופאים מומחים שבהסכם עם המבוטח. התשלום יועבר ישירות לרופא ההסכם. אם הייעוץ יתבצע על ידי רופא אחר, יוחזרו למבוטח הוצאותיו עד גובה הסכום המשולם לרופאי הסכם.

הגדרת מחלות קשות:

סרטן:

מחלת הסרטן משמע מקרה בו קיים בגופו של המבוטח (ברקמות ו/או במערכת הלימפטית שלו ו/או במערכת הדם שלו) גידול ממאיר המאופיין על-ידי גידול בלתי מבוקר ומפושט של תאים ממאירים (להלן: "מחלת הסרטן"). מחלת הסרטן כוללת גם את מחלות לימפומה, הוצ'קין ולוקימיה (למעט לוקימיה לימפוציטית כרונית). אין מחלת הסרטן כוללת את:

- כל מחלות עור מסוג Basal Cell Carcinoma ו-Hyperkeratoses.
- מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם התפשטו לאיברים אחרים.
- מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS ו/או HIV חיובי (כולל Kaposi's Sarcoma).

אי ספיקת כליות:

מחלת כליות קבועה, בשלב הסופי שלה, המתבטאת באי ספיקת כליות כרונית ובלתי הפיכה בתפקוד של שתי הכליות, המצריכה טיפול קבוע של דיאליזה תוך ציפקית או המודיאלזה או השתלת כליות/ות.

שבץ מוחי:

- כל אירוע מוחי המתבטא בהפרעות נירולוגיות המתקיימות מעבר ל- 24 שעות, הנגרם ע"י מצב של אוטם מוחי, דם מוחי, חסימה או תסחיף (אמבוליה) לרקמת המוח – ממקור חוץ מוחי עם נזק לרקמת המוח ועדות לנזק נירולוגי קבוע, ובלתי הפיך. על האירוע להיות מוכח ע"י נירולוג, לכל הפחות 6 שבועות מיום האירוע. כל זאת להוציא:
- סימפטומים נירולוגיים מוחיים הנגרמים ממיגרנה או מחבלה או פציעה מוחית או מחוסר חמצון או ממחלת כלי דם אשר פוגעים בעין או בעצב הראייה.
 - הפרעות בזרימה במערכת הוורטברו-ווסטיבולרית.

התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome):

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י כל שלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:

1. כאבי חזה אופייניים.
 2. שינויים חדשים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.
 3. עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים.
- למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

עיוורון:

איבוד ראייה מוחלט, קבוע ובלתי הפיך - של שתי העיניים, מתועד בבדיקה קלינית כתוצאה ממחלה חריפה או תאונה. העיוורון חייב להיות מאובחן ומתועד ע"י דו"ח רופא עיניים מומחה.

נכות מלאה ותמידית:

המבוטח ייחשב כבעל נכות מוחלטת ותמידית אם כתוצאה מתאונה או מחלה נשללה ממנו לחלוטין ולצמיתות האפשרות לעסוק בתעסוקה כלשהי או לעשות עבודה כלשהי תמורת תגמול או רווח. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, אובדן מוחלט ולצמיתות של כושר הראייה של שתי העיניים, או אובדן מוחלט ולצמיתות של כושר השימוש בשתי הגפיים, יחשבו לנכות מוחלטת ותמידית לעניין פרק זה.

סכום הביטוח:

1. שיפוי מלא כשמדובר ברופא הסדר.
2. עד 1000 ₪ לכל שנת ביטוח.

נספח ו'

בדיקות רפואיות אבחנתיות

מקרה הביטוח:

בדיקות רפואיות אבחנתיות המפורטות להלן אשר המבוטח נזקק להם כתוצאה מבעיה רפואית.

התחייבות המבטח:

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות, CT-PET, CT, ו-MRI שיבוצעו במהלך תקופת הביטוח עפ"י הסכם זה, ועד תקרה של 5,000 ₪ לכל שנת ביטוח.

לא יכוסו בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.

נספח ז' "עזרה" למקרה ניתוח

1. **בן משפחה**
"בן משפחה" על פי נספח זה הינו מי שקוימו בו כל התנאים שלהלן במאוחד:
 - א. בן משפחה קרוב של המוטב אשר בוטח על פי הפוליסה.
 - ב. אינו זכאי להצטרף לביטוח עפ"י פוליסה זו.
 - ג. הביטוח על פי הפוליסה אליה צורף נספח זה הינו בתוקף.בן משפחה קרוב: אישה, בעל, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, חם, חמות.
2. **סיוע במציאת ספקי שירותים רפואיים**
המבטח יקשר את בן המשפחה המעוניין, לנותני שרות המצויים בהסכם עם החברה.
3. **זכות שימוש בהסכמי המבטח**
כל בן משפחה יהא זכאי לקבל את הטיפולים הכלולים בפוליסה הבסיסית במחירים מיוחדים על פי ההסכמים של החברה ותוך קיצור התורים.
4. **טיפול אדמיניסטרטיבי וכספי**
החברה תשלם ישירות לנותן השרות הנמצא בהסכם עמו, או לבן המשפחה ו/או למוטב כאשר ביצע פעולה ע"י נותן שירות אחר, בגובה הסכום המשולם לנותני שירות שבהסכם. התשלום יבוצע כנגד תשלום במזומן או כנגד חתימת המוטב ו/או בן משפחה על הסכם מימון.
5. **הסכם מימון**
המוטב ו/או בן המשפחה יחזיר לחברה את הסכומים ששולמו על פי סעיף 4 לעיל, בתנאים הבאים:
 - 5.1 **משך ההלוואה עד 12 חודשים, אולם אם סכום המימון גבוה מ- 20,460 ₪ תתאפשר פריסת התשלומים עד ל- 24 חודשים.**
 - 5.2 **תשלומים חודשיים שווים בגובה של לפחות 870 ₪ .**בטחונות להלוואה לשביעות רצון החברה ובהתאם לתקנות המפקח על הביטוח. הצמדת ההלוואה תהיה למדד המחירים לצרכן, על פי שיעור עלית המדד בין המדד הידוע באחד בחודש בו שילמה החברה עבור הניתוח, לבין המדד הידוע ביום התשלום של המוטב ו/או בן משפחה ע"ח החזר ההלוואה. הריבית תגבה לפי המקובל בבנק לאומי עבור הלוואה בתנאים דומים. פיגורים יישאו ריבית כמקובל להלוואות דומות בבנק לאומי לישראל.
6. **החזר הוצאות**
למוטב ו/או לבן המשפחה נשמרת הזכות לפנות לקופת החולים בה הוא חבר, או לכל גורם אחר, לקבלת השתתפותם בהוצאות הרפואיות ששולמו על פי הסדר זה.
7. **תקופת אכשרה**
תקופת האכשרה היא בת 30 יום.

נספח ח' ביטוח סיעודי

1. חברי ארגון הסגל האקדמי הבכיר ובני משפחה המבוטחים בביטוח הבריאות הקבוצתי במסגרת ההסכם ואשר הצטרפו לביטוח הסיעודי עד ליום 29.2.2008, יהיו זכאים להמשיך ולהיות מבוטחים בביטוח הסיעודי בלא צורך במילוי הצהרת בריאות בגין כיסויים וסכומים חופפים לביטוח הקודם, וכמפורט בנספח זה להלן.
2. חברי ארגון הסגל האקדמי הבכיר ובני משפחה המבוטחים בביטוח הבריאות הקבוצתי במסגרת ההסכם, אשר לא היו מבוטחים בביטוח הסיעודי עד ליום 29.2.2008, יוכלו לרכוש את הביטוח הסיעודי עפ"י תנאי נספח זה ובלבד שגילם עולה על 18 שנה, בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום שיערך ע"י המבטח ואישור המבטח בכתב.
למרות האמור לעיל ולמרות האמור בסעיף 9.1 להלן, חברי ארגון הסגל האקדמי הבכיר ובני משפחותיהם שיצורפו לביטוח הסיעודי בתוך 60 יום ממועד תחילת חברותם בארגון הסגל האקדמי הבכיר, לא יחוייבו במילוי הצהרת בריאות בגין יחידת הפיצוי הראשונה בסך 5,000 ₪ ל- 60 חודש ובגין יחידת הפיצוי השנייה בסך 5,000 ₪ ל- 60 חודש, כל זאת בתנאי שהינם מבוטחים בביטוח הבריאות הקבוצתי במסגרת ההסכם.
למען הסר ספק, יובהר כי הרחבת הביטוח הסיעודי לכל חיי המבוטח הסיעודי כמפורט בסעיף 9.2 לנספח זה להלן, הינה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום לכל המבוטחים (גם לגבי מבוטחים שיצורפו לביטוח הסיעודי בתוך 60 יום מתחילת חברותם בארגון).
שמות המבוטחים בביטוח הסיעודי יועברו ע"י בעל הפוליסה למבטח כל חודש ברשימה אשר תעודכן במהלך תקופת הביטוח, אם יהיו שינויים. בנוסף לשם המבוטח, ת.ז. וכתובת, הרשימה תכלול את סכום הפיצוי שנרכש על ידי כל מבוטח וכן את מועד הצטרפותו לביטוח הסיעודי.
3. דמי הביטוח החודשיים בגין הביטוח הסיעודי הינם 26.5 ₪ לכל מבוטח.
אם יעלה הגיל האקטוארי של קבוצת המבוטחים בביטוח הסיעודי על 60 שנה, יותאמו דמי הביטוח בהתאם לשינוי בגיל האקטוארי.
4. דמי הביטוח ישולמו ע"י כל מבוטח באמצעות ניכוי משכרו או קצבתו של חבר הארגון. דמי הביטוח בגין כל המבוטחים בביטוח הסיעודי ישולמו למבטח במרוכז במועד בו משולמים דמי הביטוח בהסכם.
5. למען הסר ספק, מובהר כי הביטוח הסיעודי שעפ"י נספח זה, יהא תקף עד לתום תקופת ההסכם או עד מועד ביטול ביטוח הבריאות הקבוצתי שעל פי ההסכם ע"י המבוטח, המוקדם מביניהם.
6. בתום הביטוח הסיעודי, אם ההסכם לא חודש אצל מבטח אחר, או בתום הביטוח הסיעודי מפאת עזיבת קבוצת המבוטחים או מפאת גירושין או פטירת בן/בת הזוג,

מבוטחים שהיו מבוטחים במסגרת הביטוח הסיעודי ברצף במשך 6 חודשים לפחות לפני מועד הפסקת הביטוח, יהיו זכאים להצטרף ללא תקופת אכשרה וברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) לאחת מתכניות ביטוח הסיעוד הפרטיות הקיימות אצל המבטח, בסכום ביטוח ותקופת תשלום הקבועים בפוליסה זו (או פחות, לפי בחירת המבוטח), בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים באותה עת בביטוח הסיעודי הפרטי (להלן: "הביטוח הפרטי") ובלבד שהמבוטח הצטרף לביטוח הפרטי תוך 60 יום מהמועד בו הפסיק להיות מבוטח על פי הסכם זה. מבוטח שהצטרף לביטוח בתנאים הנקובים בסעיף זה לעיל, יהיה זכאי להנחה בשיעור של 25% מגובה דמי הביטוח (פרמיה) המקובלים באותה עת לגילו למשך שלוש (3) שנות הביטוח הראשונות. **למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות.** להסרת ספק, יובהר, כי ייתכן והמעבר לביטוח הפרטי יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

רבדים נוספים לביטוח הסיעודי:

7. בנוסף לכיסוי המפורט בנספח זה המקנה גמלת סיעוד כמפורט בסעיף 3 לפרק ח' שלהלן, תינתן למבוטח בביטוח הסיעודי אפשרות לרכוש באופן וולונטרי בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום, הרחבות כדלהלן:
- 7.1 **יחידת פיצוי נוספת בסך של 5,000 ₪ לחודש כך שגמלת הסיעודי אשר תשולם עפ"י פרק ח' תעמוד על 10,000 ₪ לחודש.** תוספת הפרמיה הנדרשת עבור הרחבה זו הינה: 26.5 ₪ לחודש למבוטח. **אם יעלה הגיל האקטוארי של קבוצת המבוטחים שיצטרפו לביטוח עפ"י הרחבה זו על גיל 60 שנה, יותאמו דמי הביטוח בהתאם לשינוי בגיל האקטוארי.**
- 7.2 **הרחבה של תקופת תשלום גמלת הסיעוד לכל החיים:** תוספת הפרמיה הנדרשת עבור הרחבה זו הינה: 37 ₪ לחודש למבוטח לכל מנה של 5,000 ₪ סכום ביטוח.

דמי הביטוח בגין ההרחבות ישולמו גם הם ע"י כל מבוטח באמצעות ניכוי משכרו או קצבתו של חבר הארגון וישולמו למבטח במרוכז במועד בו משולמים דמי הביטוח בהסכם.

8. הסכומים הקבועים בנספח זה צמודים למדד הבסיס הקבוע בהסכם.

9. התנאים הכלליים של ההסכם (סעיפים 1-16), כפי ששונו במפורש בנספח זה, יחולו במלואם, על הביטוח הסיעודי.

פרטי הביטוח הסיעודי

1.1. מקרה הביטוח:

בהתקיים אחד משני האירועים הבאים לפחות:
1.1. אם מצב בריאותו ותפקודו של המבוטח ירודים כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מתוך 6 הפעולות הבאות, כשאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים:

הפעולות הן:

לקום ולשכב: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.
להתלבש ולהתפשט: יכולתו העצמאית של המבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.
להתרחץ: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
לאכול ולשתות: יכולתו העצמאית של המבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
לשלוט על סוגרים: יכולתו העצמאית של המבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
ניידות: יכולתו העצמאית של המבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

1.2. מבוטח אשר מצב בריאותו ותפקודו ירודים עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתבונה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

2. היקף הכיסוי:

- 2.1. מבוטח שהינו תשוש נפש, כמוגדר בסעיף 1.2 לעיל – 100% מסכום הביטוח.
- 2.2. מבוטח שאינו יכול לבצע לפחות 3 מתוך 6 הפעולות – 100% מסכום הביטוח.
- 2.3. מבוטח שאינו יכול לבצע 2 מתוך 6 הפעולות ואחת מהן היא חוסר שליטה על הסוגרים – 100% מסכום הביטוח.

3. סכום הביטוח:

לאחר 90 ימי המתנה תשולם למבוטח גמלה של 5,000 ש"ח (להלן: "הגמלה") למשך 60 חודש, כל עוד המבוטח נמצא במצב סיעודי.

4. **הפסקת תשלומים כתוצאה משיפור במצב המבוטח.**
הפסיקה החברה לשלם למבוטח את סכום הביטוח, עקב שיפור במצבו ויציאתו מהמצב הסיעודי ובתוך 6 חודשים ממועד הפסקת התשלומים חזר המבוטח למצב סיעודי, תשלם החברה למבוטח את סכום הביטוח מהמועד בו חזר למצב הסיעודי, ללא תקופת המתנה.

5. **שחרור מתשלום פרמיות**
במשך התקופה שבה ישולמו על ידי החברה תגמולי הביטוח על פי ביטוח זה, ישוחרר המבוטח הנמצא במצב סיעודי מתשלום הפרמיה בגין פרק זה.

6. **חריגים:**
בנוסף לחריגים הכלליים הנקובים בפרק הכללי של פוליסה זו, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 6.1 ניסיון להתאבדות או חבלה עצמית במתכוון או סיכון עצמי במתכוון.
- 6.2 מחלת נפש או הפרעה נפשית שאינם בתחום הגריאטרי.
- 6.3 השתתפות המבוטח בביצוע פשע.
- 6.4 חריג מצב רפואי קודם הקבוע בסעיפים 8.1 - 8.3 יחול על הביטוח הסיעודי.
- 6.5 חבות המבטח מחוץ לגבולות המדינה מוגבלת ל- 90 יום אלא אם כן השהות היא לצורך טיפול רפואי ו/או במקרה שהמבטח נתן את הסכמתו לכך מראש. בכל מקרה עם שובו של המבוטח מחו"ל יימשכו תשלומי גמלת הסיעוד.
- 6.6 במקרה וארע מקרה הביטוח עקב פעולה מלחמתית או צבאית, ינוכה מהגמלה כל פיצוי לו זכאי המבוטח מכל גורם ממשלתי, ממלכתי, ביטוח לאומי, אף אם וויתר על זכותו לקבלת הפיצוי מהגורם האחר. למען הסר ספק אם הסכום המשולם ע"י הגורם האחר הינו זהה או עולה על הגמלה לה זכאי המבוטח עפ"י פרק זה, לא תשולם הגמלה עפ"י פרק זה למבוטח.

מה עושים במקרה תביעה בתחום הבריאות?

1. מה עושים במקרה תביעה?

בהיודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי ההסכם, לרבות הצורך בניתוח או בהשתלה, ראשית עליך לפנות למוקד שירות הלקוחות של "כלל בריאות" בטלפון: 6388400 – 03 או *5590.

אם בחרת את המנתח ו/או בית חולים מראש, יש להעביר למוקד שירות הלקוחות את שם הרופא המנתח ופירוט לגבי סוג הניתוח שאמור להתבצע על גבי טופס אותו ניתן לקבל ע"י מוקד שירות הלקוחות אשר ימולא וייחתם על ידי הרופא הממליץ.
כמו כן, יש לצרף את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים לטיפול המבוקש.

לעזרתך בבחירת רופא מנתח, רשימת כל הרופאים שבהסכם עם חברת הביטוח, באתר האינטרנט WWW.CLALBIT.CO.IL.

במקרה של צורך בביצוע ניתוח, השתלה או תרופות שלא בסל הבריאות, יש לפנות מראש למוקד שירות הלקוחות של "כלל ביטוח" לבירור הזכאות על פי הפוליסה.

אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח דחוף ושמנע ממך להודיע לחברת הביטוח מראש על כך, תדון החברה בתביעה לאחר הניתוח. התביעה תאושר רק אם היא עומדת בהוראות הסכם הביטוח והתקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת חברת הביטוח תוך 3 ימי עבודה.

המבוטח ימסור לחברת הביטוח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברת הביטוח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.

2. אלו טפסים/ניירת רפואית יש לצרף לטופס התביעה?

1. לצורך הגשת תביעה בגין ניתוח / השתלה / טיפול רפואי מיוחד בחו"ל באופן פרטי :
 - 1.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).
 - 1.2 הפניה לניתוח - מילוי טופס התביעה המצורף.
 - 1.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתי מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

2. לצורך הגשת תביעה במקרים בהם בוצע הניתוח באמצעות קופת חולים ו/או בהשתתפותה:

- 2.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל.
- 2.2 מכתב שחרור מביה"ח.
- 2.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתי מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

3. לצורך הגשת בקשה להחזר הוצאות בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי :

- 3.1 סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).
- מילוי טופס התביעה המצורף.
- 3.2 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שהוגשה כתביעה לביטוח וממתי מטופל אצלו, וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.
- 3.3 מכתב מהרופא המטפל הכולל את שם, מינון ועלות התרופה.
- 3.4 קבלות מקוריות.

מה עושים במקרה תביעה בתחום הסיעודי?

בהיוודע לך על הצורך בתביעת הכיסוי הסיעודי על פי ההסכם, עליך לפנות למוקד שירות לקוחות של "כלל בריאות" בטלפון: 6388400 – 03 או *5590.

מסמכים שיש להמציא בעת תביעה:

- ☒ טופס תביעה בתחום הסיעודי (שימולא ע"י המבוטח) - הטופס כולל כתב ויתור על סודיות רפואית (וס"ר), המתיר לכל רופא ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברת הביטוח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- ☒ דו"ח הערכה תפקודית, שימולא ע"י הרופא המטפל.

לתשומת ליבך!

1. שאלון הערכה תפקודית ימולא על ידי הרופא המטפל בלבד.
2. התביעה תאושר רק אם היא עומדת בהוראות הסכם הביטוח.
3. אין לחתום על טופס התחייבות מכל סוג שהוא ללא אישור חברת הביטוח.