



משרד הבריאות



"הניצחון הוא של כולנו"



ביטוח רפואי

הראל
ביטוח ופיננסים



| בשביל השקט הנפשי שלך

YDB
יועצים בע"מ
Advisers Ltd.



יולי 2016



זכאית נכבד/ה,

ביטוח רפואי משלים לנכי צה"ל

אנו שמחים לעדכן אתכם כי חודשה הפוליסה הקבוצתית לביטוח רפואי של משרד הביטחון - אגף השיקום עבור נכי צה"ל הקיימת לכם כבר ממאי 2008.

הפוליסה כוללת כיסוי להשתלות בישראל או בחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי וכיסוי הוצאות לטכנולוגיות רפואיות הקשורות בניתוח - כל זאת עבור מקרי ביטוח שאינם קשורים לנכות המוכרת החמרתה ותוצאותיה הישירות כפי שהוכרו על פי חוק הנכים - אילו מכוסים על ידי משרד הביטחון.

הביטוח ממומן במלואו על ידי משרד הביטחון לטובת ולרווחת נכי צה"ל.
בחוברת זו תמצאו את תנאי הפוליסה המלאים לשימושכם.

למימוש זכויות הפוליסה ניתן לפנות אל נציגי חברת ווי.די.בי יועצים אשר פרטיהם בגב החוברת.

בברכת בריאות טובה,

אגף שיקום נכים

תוכן עניינים

- 4.....ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על פי תקנות "גילוי נאות").
- 8.....פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח.
- 11.....הסכם לביטוח בריאות קבוצתי לנכי צה"ל.
- 28.....נספח א': השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל.
- 32.....נספח ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי.
- 35.....נספח ג': כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות.
- 38.....איך לנהוג בעת תביעה?

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על פי תקנות "גילוי נאות")

תנאים	סעיף	נושא
הסכם לביטוח בריאות קבוצתי לנכי צה"ל.	שם הפוליסה	כללי
משרד הביטחון בשם מדינת ישראל.	שם בעל הפוליסה	
השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי, כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות,	הכיסויים בפוליסה	
3 שנים, החל מיום 1.12.2015 ועד ליום 30.11.2018. תקופת הביטוח הוארכה באופן אוטומטי לתקופה נוספת של 24 חודשים, החל מיום 1.12.2018 ועד ליום 30.11.2020.	משך תקופת הביטוח	
<ul style="list-style-type: none"> ■ מבוטחים שתם לגביהם הביטוח ע"פ פוליסה זו מכל סיבה שהיא, כמפורט בסעיף 7 בהסכם, יהיו זכאים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל המבוטח. המבוטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבוטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבוטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 25% מתעריף הביטוח הרשמי של חברת הביטוח למשך כל חיי הפוליסה, וזאת אם יודיע המבוטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד סיום ההסכם הקולקטיבי. הצירוף לפוליסה הפרטית יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים, אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבפוליסה הקולקטיבית יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. להסרת ספק מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים. 	המשכיות	

נושא	סעיף	תנאים
כללי	המשכיות	<ul style="list-style-type: none"> ■ סיום ההסכם / ביטולו - נסתיימה תקופת הביטוח ולא חודש ההסכם או בא ההסכם אל סיומו במהלך תקופת הביטוח, יהיו זכאים כל המבוטחים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל המבטח. המבוטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות ו/או הפוליסות הפרטיות הקיימות אצל המבטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבוטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 25% מתעריף הביטוח הרשמי של המבטח למשך כל חיי הפוליסה, וזאת אם יודיע המבוטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד סיום ביטוח מכל סיבה שהיא ע"פ פוליסה זו. הצירוף לפוליסה הפרטית במועד זה יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שהיו לו בפוליסה זו, יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. להסרת ספק מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים. מוסכם כי רצף הזכויות במעבר לפוליסת הפרט וההנחות כאמור לעיל, יינתנו למבוטח בתום תקופת הביטוח, רק במידה והביטוח הקולקטיבי לא חודש בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים. במקרה כזה יפנה המבטח בכתב לכל מבוטח (או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם), ויציע למבוטח את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת המשך לא חודש הביטוח הקבוצתי אצל מבטח אחר. ■ אם חל בתקופת הפוליסה הקבוצתית האחרונה שינוי חקיקה, המעניק למבוטחים כיסוי הדומה לכיסוי הקיים בפוליסת ביטוח קבוצתי זה, תינתן פוליסת המשך כיסוי ביטוחי בעד הכיסוי שניתן בפוליסת הביטוח הקבוצתי שאינו ניתן מכוח החוק. ■ המבטח יציין בצמוד לסעיף "המשכיות" בפירוט המידע הניתן למבוטח בהתאם להוראות חוזר "גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי" (2002/3), כי המעבר לפוליסת המשך יהא בתשלום דמי הביטוח על ידי המבוטח, בדמי ביטוח שייקבעו לפוליסת המשך הנ"ל על ידי המבטח ובכפוף להנחות שצוינו לעיל. <p>המעבר לפוליסת המשך יהא כרוך בהעלאת פרמיה למבוטח.</p>
	תנאים לחידוש אוטומטי	אין.
	תקופת אכשרה	על הכיסויים שעל פי הסכם זה לא תחול תקופת אכשרה.
	תקופת המתנה	אין.

נושא	סעיף	תנאים
כללי	השתתפות עצמית	בפרק ב' (תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי) - השתתפות עצמית למרשם של 180 ₪ לחודש אך לא יותר מ-540 ₪ לחודש בגין סך כל המרשמים בגין אותו חודש. היה המבוטח זכאי לרכישת התרופה במסגרת ביטוח משלים בקופת החולים בה הוא חבר ונדרש בתשלום השתתפות עצמית בלבד, יחזיר המבטח למבוטח את סכום ההשתתפות העצמית בה נדרש המבוטח בניכוי 180 ₪.
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	אחת לשנה רשאי בעל הפוליסה לדרוש מהמבטח שינוי בתנאי הפוליסה ו/או שינוי בהיקפי הכיסוי הביטוחי ו/או הוספת כיסויים ו/או הפחתת כיסויים. השינויים המבוקשים יבוצעו בכפוף להסכמת המבטח, ולשינוי דמי הביטוח בהתאם, אם יידרש. אין בשינוי כלשהו לגרוע בדרך כלשהי טיפולים כלשהם, שכבר הוגשו בגינם פניות ו/או תביעות כלשהם.
פרמיות	גובה הפרמיה	הפרמיה הינה כאמור בהסכם וצמודה למדד, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד שפורסם ב-15.11.2015.
	מבנה הפרמיה	פרמיה קבועה, כמפורט בסעיף גובה הפרמיות המצוין לעיל (למעט ההצמדה כקבוע בסעיף 15 להסכם).
	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	התאמת דמי ביטוח (פרמיה) - לא תיערך התאמה של דמי ביטוח במהלך כל תקופת ההסכם. לרבות התקופות הנוספות ככל שיהיו.
תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח והודיע המבוטח לחברה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה	המשרד יהיה רשאי להפסיק את מתן השירותים ע"י החברה לצמיתות או לזמן מסוים, לאחר הודעה בכתב לחברה 60 יום מראש לפחות והחברה לא תחדש מתן השירותים, אלא אם יוסכם בין המשרד לחברה על חידוש השירותים בכתב. מובהר כי במידה ותכולה מתכולות הביטוח הרפואי תוכנס לסל הבריאות, יהא המשרד רשאי להפסיק בצורה מיידית את מתן השירותים (כולם או חלקם) באמצעות החברה לצמיתות או לזמן מסוים וזאת תוך מתן הודעה בכתב.
תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	1. אם המוטבים ו/או בעל הפוליסה ו/או המבוטח אינו/ם משלמים או לא שילמו את הפרמיה כסדרה (על פי חוק הביטוח). הביטול יתבצע לאחר מתן התראות לבעל הפוליסה ו/או המבוטח כמתחייב עפ"י חוק חוזה ביטוח. 2. אם העלים המוטב ו/או בעל הפוליסה מהחברה עובדה מהותית, שידיעתה הייתה גורמת לחברה שלא לקבלו לביטוח (על פי חוק חוזה הביטוח 1981).	

נושא	סעיף	תנאים
חריגים	החרגה בגין מצב רפואי קיים	<ul style="list-style-type: none"> ■ על פי סעיף 6 להסכם, הנכות המוכרת של כל מבוטח המבוטח על פי הסכם זה, תהווה את הבסיס לתנאי קבלתו לביטוח זה ותהווה את החריג לאחריות המבטח בפוליסה זו. החריג יהא בתוקף לכל תקופות הביטוח. אולם מודגש, כי חריג מצב רפואי הנוגעים לנכות המוכרת של כל המבוטחים כאמור בסעיף 6 להסכם לא יבוטלו, שכן הינם סייגים מפורשים אשר הוחרגו לכל מבוטח על פי נכותו המוכרת למשך כל תקופות הביטוח כל עוד לא שונו על ידי המבטח. ■ על כל מצב רפואי קודם כמוגדר בביטוח זה של המבוטח בביטוח זה, שאינו מהווה את הנכות המוכרת, יחולו כללי מצב רפואי קודם. תוקף החריגים יהא כדלהלן: <ul style="list-style-type: none"> א. למבוטחים שגילם מתחת לגיל 65 יחולו חריג מצב רפואי קודם במשך תקופה של שנה אחת ממועד הצטרפותם לביטוח - להסכם זה או להסכם קודם המוקדם מבין השניים. ב. למבוטחים שגילם 65 ומעלה יחולו חריג מצב רפואי קודם במשך תקופה של 6 חודשים ממועד הצטרפותם לביטוח - להסכם זה או להסכם קודם המוקדם מבין השניים. ג. למען הסר ספק, בחלוף התקופות המפורטות לעיל, יבוטלו חריג מצב רפואי קודם הנ"ל, והמבטח יהא מנוע מלטעון לאי חבותו לכיסוי על פי פוליסה זו בגין התקיימות חריג כלשהו מחרגי מצב רפואי קודם.
		סייגים לחבות המבטחת

הבהרה לזמן השירות הצבאי
 יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא כפי שישתנו מעת לעת.

תגמולי ביטוח מירביים שאינם בערך נקוב
 בגין תגמולי ביטוח שאינם בערך נקוב, ניתן להתעדכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il. הכיסוי יינתן בהתאם לרשימת הניתוחים ובניכוי ההשתתפות העצמית כפי שנקובה בפוליסת הביטוח שברשותך במידה וקיימת. התנאים המחייבים הם התנאים הנקובים בפוליסת הביטוח שברשותך. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות יקבעו התנאים הנקובים בפוליסה. הסכומים הנקובים משקפים את מחירי ההסכם של הראל והם עשויים להשתנות אחת לשנה.

פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
תקרת תגמולי הביטוח להשתלות	בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: 1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה; 2. מתקיימות הוראות החוק לענין איסור סחר באיברים.	פיצוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח	ביטוח תחליפי	כ
					לא
אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרה בגובה 4,000,000 ₪ להשתלה.	או 280,000 ₪ לביצוע השתלת איברים בחו"ל, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית, כל זאת כאשר חברת הביטוח לא השתתפה במימון עלות ההשתלה, הפיצוי ישולם למבוטח בכפוף לאישור רופא מומחה בישראל בדבר הצורך בביצוע השתלה ואישור התביעה לפני צאתו לחו"ל לביצוע ההשתלה. במידה וההשתלה תבוצע בישראל ללא השתתפות המבטח במימון עלות ההשתלה, למעט במקרה של השתלת קרנית, בהשתלת מח עצם עצמית יועמד הפיצוי על סך של 80,000 ₪ בלבד.	פיצוי	לא	לא	לא
בגובה 5,000 ₪ למשך 24 חודשים או תשלום חד פעמי בסך 96,000 ₪.	גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה (למעט השתלת קרנית)	פיצוי	לא	ביטוח תחליפי	לא
600,000 ₪.	תקרת תגמולי הביטוח לטיפולים מיוחדים בחו"ל	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח	ביטוח תחליפי	כ

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
תרופות מיוחדות					
תרופות הנכללות בכיסוי	תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל למבטח בגין התוויה, ואושרו לשימוש הנדרש בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבטח עפ"י תנאי הפוליסה או תרופת יתום כהגדרתה בפוליסה.			ביטוח מוסף	
תקרת הכיסוי - סכום ביטוח מירבי לכל תקופת הביטוח	עד 1,200,000 ₪, מתחדש מדי 3 שנים.	שיפוי	לא	ביטוח מוסף	כן
השתתפות עצמית למרשם	180 ₪ למרשם לחודש ולא יותר מ-540 ₪ לחודש במקרה של כמה מרשמים.			ביטוח מוסף	

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר

טכנולוגיות רפואיות

טיפול חלופי לניתוח ו/או אביזרים רפואיים מסוגים שונים בכלל עזרים ניתוחיים ואחרים, שתלים ומשתלים מיוחדים, פעולות הדמיה מסוגים שונים, ובכלל זה הדמיה/יות וירטואלי/יות הבאה/ות כאבחון או כטיפול או כהכנה לניתוח או במהלכו או לאחריו כגון: MRI, PET, C.T, US, בדיקות הדמיה (כדוגמת PET, C.T, U.S או MRI או הדמיה וירטואלית) המבוצעת לקראת ניתוח ולשם ביצועו אך שלא במהלך אשפוז, בדיקות פתולוגיות מיוחדות כגון אונקוטסט וכל הליך פעולה שיהא בעתיד שיוגדרו כטכנולוגיה רפואית.	עד התקרה הנקובה לכל סעיף בפרק.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
--	--------------------------------	-------	----	--------------	----

נכון למדד שפורסם ביום 15.11.2015.

ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח 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.

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים בהסכם החתום בין הצדדים.

הסכם לביטוח בריאות קבוצתי לנכי צה"ל

בין ממשלת ישראל - משרד הביטחון בשם מדינת ישראל
(להלן: "בעל הפוליסה" או "המשרד")

- מצד אחד -

לבין הראל חברה לביטוח בע"מ, ע"י מורשי החתימה:
(להלן: "המבטח" או "החברה")

- מצד שני -

הואיל: ובעל הפוליסה מבקש לבטח את נכי צה"ל, בהסכם לביטוח בריאות קבוצתי.
והואיל: וברצון המשרד לשכור את השירותים הנ"ל מהחברה, הכל בהתאם להוראות הזמנה זו ובכפוף לתנאי מכרז מס' 1000372988.
והואיל: והמבטח מסכים לקבל על עצמו הביטוח ובתנאים המפורטים בהסכם זה.
לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

1. מבוא

- 1.1. המבוא להסכם זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים והמסמכים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד הימנו.
- 1.2. כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד ואין בהן כדי לשמש לפרשנותו של הסכם זה.
- 1.3. בכל האמור בהסכם זה מילים האמורות בלשון זכר משמען נקבה ומילים הבאות בלשון נקבה משמען גם זכר.

2. הגדרות

- בהסכם זה ובכל נספח או מסמך המצורף אליו תהיה למונחים הבאים המשמעות הבאה:
- 2.1. "המבטח" - "הראל" חברה לביטוח בע"מ.
 - 2.2. "בעל הפוליסה" - "משרד הביטחון".
 - 2.3. "נכה צה"ל" - מי שהוכר כנכה על פי חוק הנכים (תגמולים ושיקום-תשי"ט-1959) וכן מי שהוכר לזכויות מלאות כנכה צה"ל לפני משורת הדין, אשר דרגת נכותו המוכרת כמוגדר להלן, הינה 20% ומעלה וכן מי שהוכר על פי החוק הנ"ל לפני 1.1.1996, ודרגת נכותו מ-19% - 10%.
 - 2.4. "מבוטח" - כל מי שהינו נכה צה"ל בתנאי כי הינו/ם כלולים/ים ברשימות של בעל הפוליסה אשר תועברנה למבטח מעת לעת כקבוע בהסכם זה.
 - 2.5. "גיל המבטח" - יקבע על פי שנתון לידה, כך שיראו את המבוטחים לידי שנה מסוימת כאילו נולדו ביום ה-31.12 של אותה שנה, ללא קשר לתאריך לידתם בפועל, ועל כן תמלא להם שנה מלאה רק ביום ה-31.12 של אותה שנה.
 - 2.6. "מועד תחילת ההסכם" - 01/12/2015.
 - 2.7. "המועד הקובע" - מועד צירופו של המבוטח להסכם הקודם או להסכם זה המוקדם מבין השניים ושמו צויין ברשימה שהועברה על ידי בעל הפוליסה.
 - 2.8. "הסכם הביטוח" או "ההסכם" - חוזה ביטוח זה, שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.

- 2.9. **"הפוליסה הבסיסית" או "הפוליסה"** - הסכם ביטוח הכולל שלושה כיוונים: (א) השתלת איברים בישראל או בחו"ל וטיפולם מיוחדים בחו"ל. (ב) תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי. (ג) שימוש בטכנולוגיות רפואיות.
- 2.10. **"שנת הביטוח"** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה במועד תחילת ההסכם והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 2.11. **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.
- 2.12. **"המדד היסודי"** - המדד שהידוע במועד תחילת ההסכם.
- 2.13. **"דמי ביטוח"** - הפרמיה שתשולם למבטח על ידי בעל הפוליסה בהתאם לתנאי הפוליסה והסכם זה.
- 2.14. **"דף פרטי הביטוח"** - מסמך אשר יימסר לכל מבטח על ידי המבטח, סמוך לאחר תחילת הביטוח הכולל את פרטיו האישיים של המבוטח, תקופת הביטוח, סוג הכיסוי בגינו בוטח, והיקפו (תוך אזכור כפיפותו לחרגי הנכות המוכרת).
- 2.15. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמוגדר בכל נספח מנספחי הסכם הביטוח, אשר התקיימותה מקנה למבוטח זכות ו/או זכויות על פי ביטוח זה.
- 2.16. **"סכום הביטוח"** - הסכום המרבי שהמבטח מתחייב לשלם בגין כל אחד ממקרי הביטוח כמצוין בכל נספח מנספחי הסכם הביטוח.
- 2.17. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבטח מתאריך הצטרפותו לביטוח, ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל נספח או נספח שצורף לפוליסה. לא צוינה בנספח כלשהו תקופת אכשרה, לא תחול תקופה כנ"ל לגבי אותו נספח. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.
- 2.18. **"מצב רפואי קודם"** - מערכת נסיבות רפואיות, כמוגדר בכל אחד מנספחי הפוליסה, או בנספח מנספחיה שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח.
- 2.19. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבטח מחבותו, או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.20. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים אשר ברישיונו היתר לבצע ניתוח ו/או השתלה או כל טיפול רפואי או פעולה כנדרש על פי העניין, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- 2.21. **"בית חולים פרטי"** - בית חולים בישראל או בחו"ל, כמוגדר בסעיף 2.22 שאינו בבעלות המדינה ו/או רשות עירונית. כמו כן יחשב כבית חולים פרטי גם בית חולים ציבורי, אשר במסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן), כולל בית חולים ציבורי בבעלות המדינה או קופ"ח או כל גוף ציבורי אחר אשר מבצע פעילות רפואית פרטית במסגרת מוסדרת.
- 2.22. **"בית חולים מוסכם"** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 2.20 ו-2.21 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.

- 2.23. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 2.24. **"ישראל"** - מדינת ישראל, לרבות השטחים ביהודה שומרון אשר בשלטון ישראל.
- 2.25. **"חו"ל"** - כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 2.26. **רופא מומחה** - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים, ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), תשל"ג-1973.
- 2.27. **"אשפוז"** - שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום) יחשב כאשפוז לכל דבר.
- 2.28. **"נותן שירות שבהסכם"** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים ביום מתן השירות הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מנספחי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 2.29. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשו החוקיים של המבוטח.
- 2.30. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.
- 2.31. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
- 2.32. **"חוק הנכים"** - חוק הנכים (תגמולים ושיקום) התשי"ט-1959.
- 2.33. **"נכות מוכרת"** - פרושה נכות שהוכרה על פי חוק הנכים.
- 2.34. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם, אשר במועד תחילת ההסכם הוכר על ידי שר הבריאות לרבות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 2.35. **"שירותי בריאות נוספים (שבן)"** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות שעל פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 2.36. **"יועצים"** - יועצים לביטוח בריאות זה אשר יבחרו ע"י בעל הפוליסה להעניק שירותי ייעוץ וליווי לבעל הפוליסה ולמבוטחים, כאמור בסעיף להלן.
- 2.37. **"רשימת המבוטחים"** - רשימה אשר תועבר למבטח מידי חודש על ידי בעל הפוליסה. הרשימה תשמש כראיה לכאורה לתחולתו של הביטוח שעל פי פוליסה זו על המבוטחים הכלולים ברשימה. הביטוח שעל פי פוליסה זו, יחול גם על המבוטחים האמורים להיות כלולים ברשימת המבוטחים אף אם מסיבה טכנית נשמת שמם מרשימת המבוטחים. ובלבד שעם החזרתם לרשימת המבוטחים יועברו בגינם דמי הביטוח במלואם. לרבות בגין התקופה בה לא נכללו ברשימת המבוטחים.

3. מהות הביטוח

המבוטחים בהסכם ביטוח זה, יהיו מבוטחים בביטוח שתנאיו מפורטים בהסכם ביטוח זה, ובנספחיו הביטוח יחול על כל המבוטחים שיבוטחו על פיו אובליגטורית ואוטומטית. דמי הביטוח יועברו למבטח במרוכז עבור כל המבוטחים ע"י בעל הפוליסה.

הביטוח יכלול את הכיסויים שבטבלה:

מס'ד	הכיסוי	הערות
1	השתלת איברים בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל.	כמפורט בנספח א' להסכם.
2	תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי	כמפורט בנספח ב' להסכם.
3	שימוש בטכנולוגיות רפואיות.	כמפורט בנספח ג' להסכם.

4. תקופת הסכם הביטוח

- 4.1. תקופת הסכם הביטוח הינה 36 חודשים, שתחילתם במועד תחילת ההסכם ביום 01.12.2015 והיא תסתיים ביום 30.11.2020. להלן: "תקופת ההסכם המקורית".
- 4.2. תקופת הביטוח הוארכה באופן אוטומטי לתקופה נוספת של 24 חודשים, החל מיום 1.12.2018 ועד ליום 30.11.2020.
- 4.3. על אף האמור לעיל מובהר כי במידה ותכולה מתכולות הביטוח הרפואי תוכנס לסל הבריאות, יהא המשרד רשאי להפסיק בצורה מיידית את מתן השירותים (כולם או חלקם) באמצעות החברה לצמיתות או לזמן מסוים וזאת תוך מתן הודעה בכתב.
- 4.4. מוסכם כי במקרי הפסקת השירות ע"י המשרד כאמור לא תשמש עילה לתביעות לרבות תביעות פיצויים. במקרה כזה, ישמרו לכל המבוטחים במועד זה המשכיות ורצף ביטוחי כקבוע בסעיף המשכיות שלהלן.
- 4.5. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי הארכת ההזמנה המקורית במסגרת תנאי האופציה, תוכל להיעשות בכפוף לכך שסה"כ משך ההזמנה, לרבות ההזמנה המקורית לא יעלה על 5 שנים ממועד ההזמנה המקורית.
- 4.6. מובהר כי תקופת הביטוח לגבי כל מבוטח תהא מהמועד הקובע לגבי אותו מבוטח ועד לתום תקופת הביטוח הראשונה או עד תום תקופות הביטוח הנוספות, אם תהיינה, או עד לסיום הסכם זה כאמור לעיל.
- 4.7. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 4.8. בתום תקופת ההסכם הראשונה, או בתום תקופת ההסכם המוארכת, או בכל עת, מחויב המבוטח להמציא את כל הדוחות הנדרשים על ידי חברת ביטוח שתבוא במקומו ובלבד והינם בזיקה ישירה להתקשרות, וכן תפעל על פי הנחיות בעל הפוליסה לשיתוף פעולה מלא עם חברת הביטוח שתבוא במקומו, להעברה תקינה ורציפה של תוכנית הביטוח לחברת הביטוח שתבוא במקומה.

5. הצטרפות לביטוח והתחלתו

- 5.1. ההצטרפות לביטוח הינה כדלקמן:
 - 5.1.1. בביטוח זה יכללו ויצורפו אליו כל נכי צה"ל המבוטחים כמוגדר לעיל, העונים להגדרת מבוטח לעיל, ובתנאי ששמו/ם נכלל ברשימת המבוטחים אשר תועבר למבטח מעת לעת על ידי בעל הפוליסה (לעיל ולהלן: "הרשימה" ו/או "רשימת המבוטחים"), מהמועד בו הוכנס נכה צה"ל לראשונה לרשימה ע"י בעל הפוליסה. היה ולא ימצא מבוטח ברשימה שהועברה, יהא גם הוא מבוטח, אם יוצגו למבטח ראיות לפיהן הנ"ל עונה להגדרת מבוטח כאמור והינו זכאי להיות מבוטח במועד תחילת הביטוח או לאחריו ולהיות כלול ברשימת המבוטחים.
 - 5.1.2. ההצטרפות לביטוח זה תעשה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובחיתום רפואי.
 - 5.1.3. לא תהא הגבלת גיל לגבי צירוף נכה צה"ל מבוטח על פי פוליסה זו.
 - 5.1.4. מבוטח אשר יבקש מרצונו לבטל את ביטוחו על פי פוליסה זו, יהא רשאי לעשות זאת בכל עת בהודעה בכתב שימסור למבטח.
 - 5.1.5. יום תחילת הביטוח על פי ביטוח זה הוא כמוגדר כמועד הקובע.

5.2. **פוליסות בריאות קיימות** - מבוטח על פי פוליסה זו, שהיה מבוטח לפני צירופו לביטוח זה, בביטוח קבוצתי, או בביטוח פרטי אצל המבטח, יהא רשאי להצטרף לכיסויים החופפים שעל פי ביטוח זה ברצף ביטוחי מלא וללא תקופות אכשרה (אם ישנן כאלה). כל חריג או מגבלה אם הוטלו עליו על פי הפוליסה הקיימת תבחן מול תנאי קבלתו על פי הסכם זה. אם לא הוטלה עליו מגבלה על פי הפוליסה הקיימת לא תחול עליו כל מגבלה על פי הסכם זה. אם הוטלה עליו מגבלה תחול זו המטיבה עם המבוטח.

5.3. **מבוטחים קיימים** - מבוטחים שהיו מבוטחים בהסכם הקודם (להלן: "**מבוטחים קיימים**") ממשיכים להיות מבוטחים על פי פוליסה זו ברצף ביטוחי מלא בתוכנית בה היו מבוטחים. "**רצף ביטוחי מלא**" משמעותו כי לצורך בדיקת מצב רפואי קודם ולצורך מועד תחילת תקופת האכשרה אם קיימת, ייחשב מועד ההצטרפות להסכם הקודם כמועד ההצטרפות להסכם זה, וזאת עבור **כל הכיסויים** הקיימים בהסכם זה.

5.4. **צירוף מבוטח**

5.4.1. מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

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

5.4.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

5.4.2. האמור בסעיף 5.3 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברת ביטוח או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

5.4.2.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

5.4.2.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

6. **חיתום רפואי**

6.1. מוסכם כי כל מבוטח בפוליסה זו, ייחשב כמי שעבר הליך חיתום רפואי, שתוצאותיו - הנכות המוכרת כהגדרתה בסעיף 2 לעיל.

6.2. הסיבות הרפואיות כפי שפורטו בתיקו הרפואי של המבוטח לגבי הנכות המוכרת יהוו את תוצאות החיתום הרפואי בכל הנוגע לכיסויים הביטוחיים.

6.3. הנכות המוכרת הנ"ל של כל מבוטח, החמרתה ותוצאותיה הישירות כפי שהוכרו על פי חוק הנכים, יהוו סייג וחריג מלא לחבות המבטח אשר יחול על כל מבוטח, כמפורט בתיקו הרפואי, ויהא תקף למשך כל תקופת/ות הביטוח.

6.4. האמור לעיל יחול גם על כל מבוטח חדש בהתאמה למועד צירופו לביטוח.

6.5. יודגש, על מנת למנוע כל ספק סביר, כי כל מבוטח ע"פ פוליסה זו יחתום על ויתור סודיות רפואית, ומבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל יהא הויתור כולל את כל תיקו הרפואיים במשרד הביטחון ו/או בכל רשות אשר בחקתה מידע רפואי על מצב בריאותו הכללי ועל הנכות המוכרת של המבוטח.

6.6. חתימת המבוטח/ים ו/או המועמדים לביטוח על הרשאה לקבלת מידע רפואי (וס"ר) בגין מצב בריאותם, הוא תנאי מהותי למחויבות המבטח לפי פוליסה זו. ויתור הסודיות יחול גם על כל מידע שמשלב"ט ירצה לקבל מחברת הביטוח ובלבד והינו בזיקה ישירה להתקשרות ובכפוף לקבלת הסכמת המבוטח.

7. תום הביטוח והפסקתו

7.1. תום הביטוח עבור מבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

7.1.1. יום תום תקופת הסכם הביטוח.

7.1.2. היום האחרון לאחר עבור 60 חודש מתחילת ההסכם או בכל מועד אחר, על פי קביעת בעל הפוליסה, בהתאם להחלטת בעל הפוליסה בנוגע למימוש זכותו על פי סעיף 4 לעיל.

7.1.3. היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח למבטח בכתב בדבר רצונו בהפסקת ביטוחו על פי הסכם זה.

7.1.4. מבוטח/חים אשר במהלך תקופת הביטוח בעקבות החלטה על הורדה בדרגת נכותם לא יענו עוד על הגדרת נכה צה"ל הקבועה בפוליסה, לא יהיו זכאים לביטוח זה מיום הורדת דרגת נכותם כאמור. עם זאת יודגש, כי אם בהמשך התקופה יעלו בחזרה אחוזי הנכות של נכה צה"ל בעקבות ערעור שהתקבל, יועברו למבטח על ידי בעל הפוליסה הפרשים עבור התקופה הרלוונטית בה הוצא נכה צה"ל מהרשימות. אולם אם ההחלטה על הורדת דרגת הנכות הפכה לסופית ובהמשך יועלו אחוזי הנכות במסגרת ועדה רפואית חוזרת או בגלל שבינתיים הוגשה תביעה נוספת שהתקבלה, יצורף הנכה מחדש להסדר הביטוח רק מיום העלאת דרגת הנכות ולא בדיעבד.

7.1.5. מבוטחים כאמור בסעיף 7.1.4 לעיל, יהיו זכאים בתקופה בה הורדה דרגתם להמשיך להיות מבוטחים בביטוח זה תקופת ביטוח נוספת שמשכה עד 12 חודשים מיום שהורדה דרגת נכות ובוטלה זכאותם וזאת בתנאי כי ישלמו את דמי הביטוח שעל פי פוליסה זו בהסדר מיוחד עם המבטח בהוראת בנק או בכרטיס אשראי.

7.1.6. התקבל ערעורם כאמור לעיל, והם מימשו זכאותם ושילמו דמי ביטוח במישרין למבטח בתקופה שבין ביטול הזכאות לביטוח לבין מועד קבלת הערעור (להלן - "תקופת הביניים"), יוחזרו להם על ידי המבטח דמי הביטוח ששולמו על ידם בתקופת הביניים ובעל הפוליסה יישא בתשלום דמי הביטוח עבור תקופה זו.

7.1.7. אולם אם זכאותם המחודשת הוכרה בעקבות ועדה רפואית חוזרת ו/או תביעה נוספת שהתקבלה, ובתקופת ביטול זכאותם באגף השיקום הם מימשו זכאותם להמשך הביטוח על ידי תשלום למבטח, לא יהיו זכאים להחזר דמי הביטוח מבעל הפוליסה עבור אותה תקופה, וזכאותם המחודשת תהיה מיום העלאת דרגת הנכות המוכרת ואילך.

7.1.8. לאחר עבור 12 החודשים ממועד ביטול זכאותם לביטוח כאמור לעיל, יהיו מבוטחים אלה זכאים לביטוח פרטי אצל המבטח ברצף ביטוחי מלא ללא הצהרת בריאות כקבוע בסעיף ההמשכיות שלהלן.

7.2. המבטח ישלח למבוטחים הודעה בכתב בכל מקרה כמתואר לעיל על ביטול ההסכם, על סיבת הביטול ועל אפשרויות של המשכת הביטוח באילו תנאים ובאילו אמצעי גבייה. בוטל ההסכם לכל המבוטחים תישלח הודעה על תום ההסכם על ידי המבטח לכל אחד מהמבוטחים, בתיאום מלא עם בעל הפוליסה.

7.3. אין באמור בסעיף שדלעיל כדי לגרוע מחבותו של המבטח למקרי ביטוח אשר אירעו בפועל או שנקבע שיש לבצעם במהלך תקופת הביטוח, גם אם התביעה בגינם הוגשה לאחר תום תקופת הביטוח, בכפוף להוראות הפוליסה, לרבות בדבר התיישנות התביעה.

8. המשכיות - רצף ביטוחי בתום הביטוח או הפסקתו

8.1. מבוטחים ששם לגביהם הביטוח ע"פ פוליסה זו מכל סיבה שהיא, כמפורט בסעיפים שדלעיל, יהיו זכאים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל המבטח. המבטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 25% מתעריף הביטוח הרשמי של חברת הביטוח למשך כל חיי הפוליסה, וזאת אם יודיע המבטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד סיום ההסכם הקולקטיבי. הצירוף לפוליסה הפרטית יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים, אם יוסיף המבטח כיסויים מעבר לאלו שבפוליסה הקולקטיבית יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. להסרת ספק מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים.

8.2. סיום ההסכם / ביטולו - נסתיימה תקופת הביטוח ולא חודש ההסכם או בא ההסכם אל סיומו במהלך תקופת הביטוח, יהיו זכאים כל המבוטחים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל המבטח. המבטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות ו/או הפוליסות הפרטיות הקיימות אצל המבטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 25% מתעריף הביטוח הרשמי של המבטח למשך כל חיי הפוליסה, וזאת אם יודיע המבטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד סיום ביטוח מכל סיבה שהיא ע"פ פוליסה זו. הצירוף לפוליסה הפרטית במועד זה יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים. אם יוסיף המבטח כיסויים מעבר לאלו שהיו לו בפוליסה זו, יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. להסרת ספק מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים. מוסכם כי רצף הזכויות במעבר לפוליסת הפרט וההנחות כאמור לעיל, יינתנו למבטח בתום תקופת הביטוח, רק במידה והביטוח הקולקטיבי לא חודש בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים. במקרה כזה יפנה המבטח בכתב לכל מבטח (או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם), ויציע למבטח את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבטח לפוליסת המשך לא חודש הביטוח הקבוצתי אצל מבטח אחר.

8.3. אם חל בתקופת הפוליסה הקבוצתית האחרונה שינוי חקיקה, המעניק למבוטחים כיסוי הדומה לכיסוי הקיים בפוליסת ביטוח קבוצתי זה, תינתן פוליסת המשך כיסוי ביטוחי בעד הכיסוי שניתן בפוליסת הביטוח הקבוצתי שאינו ניתן מכוח החוק.

8.4. המבטח יציין בצמוד לסעיף "המשכיות" בפירוט המידע הניתן למבטח בהתאם להוראות חוזר "גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי" (2002/3), כי המעבר לפוליסת המשך יהא בתשלום דמי הביטוח על ידי המבטח, בדמי ביטוח שייקבעו לפוליסת המשך הנ"ל על ידי המבטח ובכפוף להנחות שצוינו לעיל. המעבר לפוליסת המשך יהא כרוך בהעלאת פרמיה למבטח.

9. חריגי מצב רפואי קודם

- 9.1 על פי סעיף 6 לעיל, הנכות המוכרת של כל מבוטח המבוטח על פי הסכם זה, תהווה את הבסיס לתנאי קבלתו לביטוח זה ותהווה את החריג לאחריות המבטח בפוליסה זו. החריג יהא בתוקף לכל תקופות הביטוח. אולם מודגש, כי חריגי מצב רפואי הנוגעים לנכות המוכרת של כל המבוטחים כאמור בסעיף 6 לעיל לא יבטלו, שכן הינם סייגים מפורשים אשר הוחרגו לכל מבוטח על פי נכותו המוכרת למשך כל תקופות הביטוח כל עוד לא שונו על ידי המבטח.
- 9.2 על כל מצב רפואי קודם כמוגדר בביטוח זה של המבוטח בביטוח זה, שאינו מהווה את הנכות המוכרת, יחולו כללי מצב רפואי קודם. תוקף החריגים יהא כדלהלן:
א. למבוטחים שגילם מתחת לגיל 65 יחולו חריגי מצב רפואי קודם במשך תקופה של שנה אחת ממועד הצטרפותם לביטוח - להסכם זה או להסכם קודם המוקדם מבין השניים.
- ב. למבוטחים שגילם 65 ומעלה יחולו חריגי מצב רפואי קודם במשך תקופה של 6 חודשים ממועד הצטרפותם לביטוח - להסכם זה או להסכם קודם המוקדם מבין השניים.
- ג. למען הסר ספק, בחלוף התקופות המפורטות לעיל, יבטלו חריגי מצב רפואי קודם הנ"ל, והמבטח יהא מנוע מלטעון לאי חבותו לכיסוי על פי פוליסה זו בגין התקיימות חריג כלשהו מחריגי מצב רפואי קודם.

10. הצהרת בעל הפוליסה, רשימות ותעודות

- 10.1 בתחילת הביטוח יעביר בעל הפוליסה למבטח את רשימת המבוטחים כמוגדר לעיל, רשימה אלקטרונית במדיה אופטית, אם ניתן (כפי שיוסכם בין הצדדים) הכוללת את שמות כל המבוטחים הקיימים כהגדרתם לעיל, תאריכי לידתם, מספר תעודת הזהות שלהם, מינם, כתובתם, ודמי הביטוח החודשיים המשולמים בגינם על פי הסכם זה ומועד תחילת תשלומם עבור נכה צה"ל ע"י בעל הפוליסה.
- 10.2 לא יאוחר מ-15 בכל חודש, ימסור בעל הפוליסה למבטח רשימה אלקטרונית עדכנית של המבוטחים במדיה אופטית, כפי שיוסכם בין הצדדים. מוסכם כי המבטח ישלח מידי חודש נציג למשרדי בעל הפוליסה על מנת לקחת את רשימת המבוטחים העדכנית במדיה אופטית.
- 10.3 מוסכם כי אם תיפול טעות בשם או שמות מבוטחים כלשהם ישמטו מהרשימות הנ"ל, הם יוספו אליה לאחר ברור, אם יוכח כי אכן מדובר בטעות בלבד. מבוטחים כנ"ל ייהנו ממלוא הזכויות שעל פי תנאי פוליסה.
- 10.4 מוסכם כי נתונים על מצטרפים לביטוח יועברו למבטח על ידי בעל הפוליסה לא יאוחר משלושה חודשים ממועד צירופם לביטוח.

11. דמי ביטוח

- 11.1 דמי הביטוח החודשיים יהיו כאמור בהסכם. מובהר כי סכום זה אינו כולל מע"מ וכי המבטח לא יהא זכאי לכל תמורה ו/או תוספת תשלום כלשהי מעבר לדמי הביטוח המפורטים בהסכם זה (למעט ההצמדה כקבוע בסעיף 15 להלן).
- 11.2 במידה ודמי הביטוח החודשיים יהיו על בסיס חודשי הם ישולמו בשיק או ע"י העברה בנקאית עד ה-15 בכל חודש בגין החודש הקודם (להלן: "מועדי התשלום").
- 11.3 התשלום יתבצע כנגד דרישת תשלום אשר תוגש ע"י חברת הביטוח בתחילת החודש עבור החודש הקודם.

- 11.4 . בכל אחד ממועדי התשלום בתקופת ההסכם, יעביר בעל הפוליסה למבטח במועד התשלום את דמי הביטוח החדשיים, שהם דמי הביטוח החדשיים לפי סעיף 11.1 כפול מספר המבטחים ברשימת המבטחים כמוגדר לעיל.
- 11.5 . היה ובעל הפוליסה יעביר את דמי הביטוח, בתשלום שנתי כולל מראש עבור כל המבטחים במהלך 60 יום ממועד החתימה על הסכם זה, יהא זכאי להנחה בשיעור 3.6% אשר תנוכה מהסך הקבוע בסעיף 11.1 לעיל. הנחה זו תינתן לבעל הפוליסה בכל שנת ביטוח בה יעביר את התשלום המגיע למבטח מראש עבור כל המבטחים לכל השנה. דמי הביטוח עבור המבטחים אשר נוספו להסכם במהלך השנה ישולמו בתשלום השנתי העוקב.
- 11.6 . **התאמת דמי ביטוח (פרמיה) - לא תיערך התאמה של דמי ביטוח במהלך כל תקופת ההסכם. לרבות התקופות הנוספות ככל שיהיו.**

12. פיגורים בתשלומים

- 12.1 . לא קיבל המבטח את דמי הביטוח במועד, יודיע המבטח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה כי לא שולמו דמי הביטוח החדשיים עבור רובד החובה שעל פי ביטוח זה, וייתן ארכה לתשלום דמי הביטוח החדשיים למשך 120 יום נוספים לאחר מועד התשלום כקבוע בהסכם זה. במהלך תקופת הארכה המפורטת, יישלח המבטח שתי תזכורות (בחלוף 30 יום ובחלוף 90 יום) לפחות בדבר החוב שלא שולם. במשך תקופה זו יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולמו דמי הביטוח למבטח בתום תקופת הארכה, יבוטל הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, בכפוף להוראות החוק. מועד הביטול יהא תום 60 היום שצוינו בהתראה.
- 12.2 . לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 14.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 90 יום מהמועד הקבוע לתשלום דמי הביטוח, שלא שולמו, לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הפיגורים. מובהר כי במקרה כנ"ל יהא המבטח אחראי לכל מקרה ביטוח אשר אירע בתקופת הפיגור. מובהר כי הריבית המצוינת בסעיף הינה ריבית "חשב" בשיעורה במועד החישוב.
- 12.3 . אחרי עבור 90 יום ממועד תשלום דמי הביטוח שלא שולמו, לא תחול על המבטח חובת חידוש הביטוח לפי הסכם ביטוח זה.

13. תנאי הצמדה למדד

- כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:
- 13.1 . כל תשלומי המבטח על פי נספחי הכיסוי יוצמדו לשיעור עליית המדד הקובע לעומת המדד היסודי (דהיינו, ההצמדה למדד תבוצע רק כאשר המדד הקובע גבוה מהמדד היסודי).
- 13.2 . כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, יוצמדו למדד הקובע לעומת המדד היסודי (דהיינו, ההצמדה למדד תבוצע בין אם המדד הקובע גבוה מהמדד היסודי ובין אם הנו נמוך ממנו).
- 13.3 . לעניין זה, יום ביצוע התשלום הוא יום הפקדת התשלום.

14. תגמולי ביטוח

- 14.1 . עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח או חלק מהם, לפי העניין ובהתאם לכיסוי הרלוונטי, ישירות לנותן השירות שבהסכם או ישלמם למבטח כנגד קבלות מקוריות, כמפורט להלן:

14.1.1. במקרה של תשלום ישירות לנותן השירות, ימציא המבטח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח על פי דרישת נותן השירות תוך 3 ימי עבודה מקבלת דרישת נותן השירות, למעט במקרים דחופים (לרבות במקרה שקיים מועד קרוב לביצוע ניתוח), בהם תומצא ההתחייבות הכספית תוך יום עבודה אחד בלבד. במקרים בהם נותן השירות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבטח זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על ידי נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו.

14.1.2. במקרה של תשלום למבטח כנגד קבלות מקוריות, ישלם המבטח למבטח את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ-7 ימי עבודה מיום קבלת הקבלות והמסמכים הרפואיים הנדרשים לאישור התשלום.

14.2. כאמור לעיל, המבטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בנספחי ההסכם, ובלבד שהמבטח זכאי לקבלת תגמולי הביטוח על פי תנאי הפוליסה. במקרים בהם נותן השירות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבטח זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על ידי נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו.

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

14.4. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח. המציא המבטח למבטח מסמך המוכיח את שער מטבע החוץ על פיו רכש את המטבע הנ"ל ו/או מסמך מחברת האשראי במידה וישלם בכרטיס אשראי, ישופה בש"ח בגין הוצאות לו בהתאם לשער זה. אין בידיו הוכחה לגובה השער, ישופה בהתאם לשער המכירה כאמור לעיל.

14.5. נפטר המבטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבטח, עפ"י העניין.

14.6. המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל נספח ו/או בנספחים לפי העניין.

15. תחלופ (סברוגציה)

15.1. מששילם המבטח תגמולי ביטוח ו/או המבטח קיבל את השירות, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או חברותו בקופת חולים ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו, למעט האמור להלן בס"ק 15.2. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי המבטח מתחייב לחתום על מסמכי שיבוב לבקשת המבטח.

15.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

15.3. במידה והמבטח הגיע לפשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות אשר עברה למבטח, מבלי שניתנה הסכמת המבטח לכך, בנוגע לשיפוי בגין מקרה הביטוח שקיבל המבטח מצד שלישי ואשר שולם ע"י המבטח, ואשר חלות עליו הוראות סעיף 15.1 דלעיל, על המבטח לפצות את המבטח בשל כך, עד גובה הפגיעה בזכותו.

15.4. המבטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור.

- 15.5. על אף האמור בסעיפים 15.1-15.4 לעיל, פיצוי המשולם על פי פוליסה זו או נספח מנספחיה או נספח או תנאי מתנאיה לא יחשב במסגרת הוראות סעיף זה ולמבטח לא תהא כל זכות תחלוף בנוגע לתשלומים אלו.
- 15.6. למרות האמור לעיל, לא תופעל זכות שיבוב כלפי בעל הפוליסה, קרוב משפחה או כל אדם אחר שמבטח סביר לא היה תובע אותו.

16. חריגים כלליים אשר יחולו על הסכם זה ועל נספחיו על כל נספחיהם

- 16.1. מקרה הביטוח התקיים ו/או אירע לפני הצטרפותו של המבטח לביטוח או בתקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 16.2. מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 16.3. חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
 א. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
 ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 16.4. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח, לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסויים הנזכר בהודעת המבטח.
- 16.5. מודגש כי החריגים על פי סעיף 16.2 ו-16.3 דלעיל, יחולו רק על מקרה ביטוח שאינו נוגע לנכות המוכרת. הנכות המוכרת אצל כל מבטח מוחרגת כאמור בסעיף 6 לעיל, למשך כל תקופת הביטוח שעל פי פוליסה זו.
- 16.6. המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם לגמולי הביטוח עפ"י אחד או יותר מנספחי הסכם זה ונספחיו אם מקרה הביטוח הינו תוצאה ישירה ו/או מקרה ביטוח הנובע במישרין מ:
- 16.6.1. שירותו של המבטח בצבא כשירות חובה, קבע או מילואים או במשטרה, או השתתפות פעילה של המבטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, אם מקרה הביטוח נובע במישרין משירות זה, והמבטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי ו/או גורם אחר, שהכיר בחבותו לפיצוי ו/או טיפול במבטח, למעט מקרים בהם זכאי המבטח לפיצוי חלקי, בהם יישא המבטח ביתרת העלות.
- 16.6.2. פגיעה כתוצאה ממלחמה, אם זכאי המבטח לפיצוי מגורם ממשלתי ו/או גורם אחר, שהכיר בחבותו לפיצוי ו/או טיפול במבטח, למעט מקרים בהם זכאי המבטח לפיצוי חלקי, בהם יישא המבטח ביתרת העלות.
- 16.6.3. השתתפות פעילה של המבטח במעשה חבלה, עוון או פשע כהגדרתם בחוק הפלילי. על אף הקבוע בסעיף זה, הוא לא יחול על עברות על פי החוק הפלילי הנוגעות לתאונות דרכים.
- 16.6.4. אלכוהוליזם של המבטח. אלכוהוליזם לעניין חריג זה, הנה התמכרות של המבטח לשתיית משקאות משכרים באופן כרוני.

- 16.6.5. התאבדות ו/או פציעה עצמית מכוונת בין אם המבוטח היה שפוי ובין אם לא, למעט ילדים אשר גילם נמוך מ-24 שנים.
- 16.6.6. שימוש בסמים על ידי המבוטח, למעט אם השימוש נעשה על פי הוראות רופא ובפיקוחו.
- 16.6.7. פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי (קבלת שכר על פעילותו הספורטיבית) תוך השתייכות לאגודת ספורט.
- 16.6.8. תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (איידס) ו/או מחלה או תסמונת דומה שהיא מוטציה או וריאציה שלה - הידועה היום או שתתגלה או תאובחן בעתיד יהא שמה אשר יהא. לרבות תוצאה חיובית בבדיקת HIV ולמעט אם אירעו כתוצאה מתרומת דם או מעירוי דם ומוצרו, אשר ניתנו למבוטח במהלך ניתוח רפואי במשך תקופת הביטוח.
- 16.6.9. קרינה רדיואקטיבית, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני או פסולת גרעינית כלשהי.
- 16.6.10. לידה, למעט לידה בניתוח קיסרי ולמעט הפסקת הריון אשר אושרה על ידי הוועדה המאשרת מטעם משרד הבריאות.
- 16.6.11. טיפולים רפואיים ו/או ניתוחים למטרת יופי ו/או אסתטיקה, למעט טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח ורופא מומחה מטעם המבטח אישר קביעה זו, כדוגמת ניתוח שחזור שד אחרי כריתת שד או כל ניתוח שחזור אחר, צניחת עפעפיים הפוגעת בשדה הראיה, ניתוח אף הקשור במערכת הנשימה, הקטנת חזה שסיבתה רפואית וכדומה.
- 16.6.12. טיפולים רפואיים ו/או ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים, למעט ניתוחי פה ולסת שאינם קשורים בשיניים.
- 16.6.13. טיפול רפואי ו/או ניתוח הקשור בפוריות ו/או בעקרות ו/או עיקור מרצון.
- 16.6.14. טיפול רפואי ו/או ניתוח ניסיוני ו/או טיפולים רפואיים הדורשים אישור וועדת הלסינקי ו/או אישור מכל גורם אחר שבא במקום וועדת הלסינקי.

17. תקופת אכשרה

על הכיסויים שעל פי הסכם זה לא תחול תקופת אכשרה.

18. תביעות

- 18.1. בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה והמבוטח לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לממן ו/או לשפות ו/או לפצות את המבוטח או לשלם למבוטח סכומים בהתאם לנספחים המצורפים להסכם זה כחלק בלתי נפרד ממנו, ובתנאי שהסכם זה היה בתוקף לגבי אותו מבוטח ושמו מופיע ברשימת המבוטחים שנמסרה למבטח בהתאם להוראות הסכם זה.
- 18.2. בקרות מקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבוטח על הצורך בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל או בכל צורך בשירות אחר המכוסה עפ"י ההסכם, יודיע על כך ישירות למבטח או באמצעות היועצים ויקבל את אישורו בכתב תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים לבירור חבות המבטח במשרדי המבטח, ובמקרה חירום תוך יום עבודה אחד לביצוע הניתוח או ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל או ביתר השירותים המכוסים על פי הסכם זה. קבלת האישור יכול שתהא מראש או בדיעבד, על פי הנדרש בנספחי הסכם זה, ולפי העניין.

- 18.3. קבלת אישור המבטח כאמור, מראש או בדיעבד, הוא תנאי לאחריות המבטח על פי הסכם זה. אישור המבטח לעניין זה משמעו אישור העובדה כי המבוטח אכן מבוטח במסגרת הסכם זה, כי מקרה הביטוח אכן מוגדר כמקרה ביטוח על פי תנאי הסכם זה, וכי לא חל אף אחד מהחריגים העשויים לשלול את זכאותו של המבוטח.
- 18.4. הוגשה תביעה ע"י המבוטח על פי פוליסה זו, אשר המבטח יחליט לדחותה בטענה כי הינה באחריות בעל הפוליסה בהיותה במסגרת הנכות המוכרת מחד, והיא תידחה מאידך, ע"י בעל הפוליסה בטענה כי מקרה הביטוח אינו נוגע לנכות המוכרת והינה באחריות המבוטח, יכסה המבטח את המקרה ע"פ תנאי ההסכם כל זאת על מנת שלא לעכב את ביצוע הטיפול הרפואי במבוטח. לאחר מכן יחול האמור בסעיף 23 להלן. למידה יוחלט ע"פ האמור בסעיף 23 להלן כי התביעה הינה באחריות בעל הפוליסה, יחזיר בעל הפוליסה למבטח את כל תגמולי הביטוח ששילם המבטח עבור תביעה זו. מובהר למען הסר כל ספק, המבוטח לא יידרש להשיב סכומים ששולמו לו או עבורו על ידי המבטח.
- 18.5. על אף האמור לעיל, הוגשה תביעת מבוטח לכיסוי מקרה ביטוח על פי הסכם זה, למרות אי קבלת אישור המבטח לכיסוי, כאמור לעיל, יהא המבוטח זכאי לכיסוי, באם היה מתבקש אישור המבטח כנדרש, היה ניתן אישור זה.
- 18.6. אם בוצע טיפול רפואי עקב מצב חירום רפואי, שחייב טיפול רפואי דחוף במבוטח ושמעו ממנו להודיע למבטח מראש על כך, ידון המבטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות ההסכם והתקבל אישור רפואי להיות הטיפול הרפואי חירום דחוף, בתנאי שהדבר הובא לידיעת המבטח באמצעות היועצים תוך עשרה (10) ימי עבודה מיום שחרורו מבית החולים, למעט אם המבוטח היה מחוסר הכרה שאז ידווח על מקרה הביטוח תוך עשרה (10) ימי עבודה מיום ששבה אליו הכרת ו/או ממועד שחרורו מבית החולים המאוחר בין השניים.
- 18.7. המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח. **כתב ויתור הסודיות עליו יחתום המבוטח יהא לטובת המבטח, בעל הפוליסה ובאי כוחו של בעל הפוליסה. הגורם המכריע הנו יועץ אגף השיקום לנושא ביטוח רפואי.**
- 18.8. אם יידרש לכך על ידי המבטח, המבוטח ימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יוכל המבוטח להשיג במאמץ סביר.
- 18.9. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא ו/או אחות ו/או מרפא בעיסוק מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.
- 18.10. אישר המבטח את התביעה, ישלם ישירות לנותן השרות או למבוטח לפי העניין, והכול כמפורט בסעיף לעיל.
- 18.11. בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות בגין התשלומים בהם נשא, אלא אם נאמר מפורשות אחרת. יובהר כי במקרה של אובדן קבלות מקוריות, בכל מקום אשר הן נדרשות, יוכרו שחזורי קבלות אשר יונפקו על ידי נותן הקבלות המקוריות, בצירוף תצהיר המבוטח בדבר נסיבות אובדן הקבלות ואי שימוש בהן לצורך אחר כלשהו.
- 18.12. בתשלום תגמולי ביטוח בגין ניתוחים בחו"ל, השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל (בנספח א), אישר המבטח ביצוע הטיפול בחו"ל אזי:
- 18.12.1. תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את הניתוח או ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. במקרים בהם נותן השירות ו/או הגורם המבצע אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבוטח זכאי לקבל

מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על יד נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו. המבטח יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבטח עצמו.

18.12.2. במקרה של תשלום למבטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות. במידה וההשתלה תיערך במקום שאינו מספק קבלות יינתן פיצוי כמפורט השתלות בישראל ובחו"ל שלהלן.

19. ועדת ערר

19.1. נדחתה תביעתו של מבטח לקבלת תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו באופן מלא או חלקי, מנימוקים רפואיים ו/או אחרים, למעט בגין סייג הנכות המוכרת, תימסר לו הודעה מנומקת על ידי המבטח, המפנה את תשומת ליבו לזכותו להגיש ערר לוועדת ערר, וזאת בתוך 60 יום מיום שנמסרה לו ההודעה.

19.2. המבטח יהיה רשאי להגיש לוועדת הערר מסמכים וחוות דעת רפואית ו/או אחרת כפי שימצא לנכון או יתבקש ע"י הוועדה. כמו כן, הוועדה תאפשר למבטח ו/או לבא כוחו להופיע בפניה.

19.3. המבטח יעביר לוועדה את כל החומר הנוגע לתביעה והמצוי בידו, בין אם הועבר לידו על ידי המבטח ובין אם הגיעו לידי שלא באמצעות המבטח.

19.4. וועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה בהתאם לתנאי הפוליסה.

19.5. החלטות ועדת הערר יתקבלו ברוב קולות. במקרה של שיווין קולות תהיה לנציג בעל הפוליסה - ראש אגף שיקום נכים או למי שימונה על ידו זכות הכרעה, והכרעתו תהיה סופית ובלתי ניתנת לערעור ותחייב את המבטח.

19.6. החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח.

19.7. אין בהחלטת ועדת הערר או בפנייה אליה, בכדי לפגוע בזכויות המבטח לפנות לערכאות משפטיות לצורך בירור זכאותו עפ"י הפוליסה.

19.8. מוסכם בין הצדדים כי תביעות אשר הועברו להחלטתה של וועדת הערר, לא תחשבנה לעניין הפוליסה כתביעות תלויות, אלא כתביעות שנדחו, וזאת עד להחלטתה של הוועדה בתביעה.

19.9. ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה תוך זמן סביר מהיום בו הוגשה אליה התביעה, אך לא יאוחר מ-60 יום. במקרים דחופים תתכנס הוועדה בהקדם האפשרי.

19.10. תקופת ההתדיינות בוועדת הערר לא תיכלל במניין תקופת ההתיישנות של תביעת מבטח.

19.11. לעניין סעיף זה, "ועדת ערר" משמעה - ועדה המורכבת משלושה נציגים של בעל הפוליסה, משלושה נציגים של המבטח. כאשר שניים - שהם שני נציגים מכל צד יהוו קוורום חוקי, ודרך פעולתה תוסדר בהסכם בין בעל הפוליסה ובין המבטח. מודגש כי לפחות אחד מהנציגים בוועדת הערר יהא רופא בהכשרתו ונציג נוסף אחד לפחות יהא משפטן בהכשרתו.

20. ועדת ערר מיוחדת

20.1. נדחתה תביעת מבטח, בנימוק כי מקרה הביטוח הינו באחריות משרד הביטחון בגין סייג הנכות המוכרת, יועבר תוך 7 ימי עבודה, כל החומר לבדיקתו של רופא מוסמך, המוסכם על משרד הביטחון והמבטח. להלן: "הרופא המוסכם". הליכי בחירת הרופא המוסכם הנ"ל ייקבעו בהסכם שיוגבש בין הצדדים. החלטת הרופא המוסכם תהא סופית ותכובד על ידי כל הצדדים.

- 20.2. לא הצליח הרופא המוסכם על הצדדים כאמור לעיל, לגבש החלטה, היות והעניין שבמחלוקת חורג מתחום התמחותו ו/או ידיעתו, יובא הדבר בפני ועדת הערר המיוחדת, שהרכבה יהא נציג בעל הפוליסה ונציג המבטח, אשר תתכנס תוך עשרה ימי עבודה מיום קבלת ההודעה ותכריע בנושא. לא הגיעו חברי הוועדה להסכמה תוך 14 ימי עבודה, ימונה ע"י בעל הפוליסה וע"י המבטח להלן: "הרופא הממונה", אליו יועבר כל החומר לצורך מתן ההכרעה, והכרעתו של הרופא הממונה בעניין תהא סופית.
- 20.3. בכל מקרה מודגש, על מנת למנוע כל ספק אפשרי, ינהג המבטח בכל מקרה ביטוח כאמור בסעיף 21.4 לעיל, על מנת שבכל מקרה לא ימנע מן המבטח קבלת תגמולי הביטוח ע"פ פוליסה זו.
- 20.4. מודגש כי כל החלטה על פי סעיף זה הינה לצורך מקרה ביטוח הנוגע והנובע מתנאי פוליסה זו בלבד, וכי לא יהיה בה כדי לחייב את מי מהצדדים לנושא החורג מתנאי פוליסה זו.
- 20.5. עלות הרופא המוסכם ועלות הרופא הממונה תשולם ע"י המבטח.

21. מיסים היטלים ותשלומים

- 21.1. בעל הפוליסה או המבטח, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.
- 21.2. המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום המבטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם, כאמור, חלק מתגמולי הביטוח.
- 21.3. מוסכם ומובהר כי כל הוצאה או תשלום שלא הוטלו באופן מפורש על המבטח ו/או על בעל הפוליסה על פי הסכם זה יושתו על המבטח בלבד.

22. התיישנות התביעות

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

23. סייג אחריות מקצועית

ספקי השירות של המבטח יהיו מבוטחים בביטוח אחריות מקצועית או ביטוח אחר, המבטיח את טיב השירותים הרפואיים ו/או אחרים הניתנים למבוטחים במסגרת הסכם זה.

24. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל

אחריות המבטח מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסוי בגין השתלות בחו"ל וניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל. יובהר, מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

25. שינוי ההסכם במהלך תקופת הביטוח

אחת לשנה רשאי בעל הפוליסה לדרוש מהמבטח שינוי בתנאי הפוליסה ו/או שינוי בהיקפי הכיסוי הביטוחי ו/או הוספת כיסויים ו/או הפחתת כיסויים. השינויים המבוקשים יבוצעו בכפוף להסכמת המבטח, ולשינוי דמי הביטוח בהתאם, אם יידרש.

אין בשינוי כלשהו לגרוע בדרך כלשהי טיפולים כלשהם, שכבר הוגשו בגינם פניות ו/או תביעות כלשהם.

26. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב

- 26.1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אך אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.
- 26.2. 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.

27. מתן מסמכים והודעות למבוטח

- 27.1. החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוורה עליהם המפקח;
- "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבוטח ובין החברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 27.2. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין החברה ובין המבוטח, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

28. מתן הודעות למבוטח

- 28.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי;
- 28.2. "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבוטח לחברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 28.3. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור תמסור החברה למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו המבוטח, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

29. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח

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

30. כללי

- 30.1. כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי אשר ייעשה בהסכם ביטוח זה, אלא לאחר שהצד השני אישר אותו בכתב.

- 30.2. כל העברת מידע למבטח כמוסכם וכקבוע בפוליסה זו, תהא מותנית בקבלת אישור הועדה המשרדית להעברת מידע לפי הוראות משרד הביטחון 70.21 והתחייבות המבטח לעמוד בדרישות אבטחת המידע כמפורט בהוראות בעל הפוליסה. כמו כן יודגש, כי כל מידע שנמסר או שיימסר למבטח על ידי בעל הפוליסה הינו לצרכי פוליסה זו בלבד, והמבטח מתחייב שלא לעשות כל שימוש במידע הנ"ל בכל דרך או אופן.
- 30.3. לבית המשפט השלום או המחוזי (לפי העניין) בת"א - יפו תהיה סמכות בלעדית לדון בכל תובענה העשויה להיות מוגשת בקשר להזמנה זו.
- 30.4. כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן:
 המבטח: הראל חברה לביטוח בע"מ.
 כתובת: אבא הלל 3 רמת גן
- בעל הפוליסה: **משרד הביטחון**
איש קשר: ר' היח' לאפיון ובקרת שר"פ או מי שהוגדר על ידה באגף שיקום נכים במשרד הביטחון.
- 30.5. כל הודעה אשר תשלח לבעל הפוליסה תחשב כאילו נמסרה למבוטחים.
- 30.6. כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.
- 30.7. על הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 30.8. בעל הפוליסה מסר לחברת הביטוח מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה, לרבות קובץ נתוני המבוטחים.
- 30.9. בעל הפוליסה באמצעות מורשי החתימה שלו החתומים על הסכם זה, מצהיר ומתחייב בזאת כי הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

נספח א': השתלות בישראל או בחו"ל

וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה, יחולו על נספח זה ההגדרות נוספות שלהלן:

1.1. **"השתלה"** - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, קרנית וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלת מח עצמות מתורם אחר או מח עצמות שמקורו בתרומה עצמית של המבוטח או השתלת תאי אב. השתלה תכלול גם השתלת או תפעול בעזרת איבר מלאכותי כדוגמת לב מלאכותי ו/או השתלת איבר ממקור אחר. מובהר, כי שימוש במכונת החייאה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל כמוגדר בס' 1.4 בנספח ג' (טכנולוגיות רפואיות) לא ייחשבו כהשתלה על פי הגדרה זו.

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

את ההשתלה ניתן לבצע, בכפוף לחוק השתלת איברים, התשס"ח 2008 ולחוזר המפקח 1.1.2009.

1.2. **"הוצאות מוכרות"** - הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בנספח זה.

1.3. **"טיפול מיוחד בחו"ל"** - ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים בחו"ל או ניתוח / טיפול מיוחד בחו"ל הדרוש למבוטח להצלת חוש הראיה או השמיעה, אשר מתקיים לגביהם אחד מהתנאים האמורים בסעיפים 1.3.1-1.3.4 להלן:

1.3.1. לא ניתן לבצעם ע"י שירותי הרפואה בישראל ואין להם טיפול או ניתוח חלופי בישראל.

1.3.2. זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, ובשל ההמתנה עלולה להגרם חמרה (על פי קריטריונים רפואיים מקובלים) במצבו הרפואי של המבוטח ו/או סיכון לחיי המבוטח.

1.3.3. קיים בחו"ל ניסיון מוכח רב יותר (עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים) בביצוע הטיפול המיוחד, מאשר בישראל.

1.3.4. הניתוח ו/או הטיפול המיוחד, דרוש למבוטח למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75%.

טיפול חלופי לעניין סעיף זה הינו שנועד להשיג תוצאות רפואיות בשיעור הצלחה זהה לפחות לטיפול החלופי, ובלבד שאין בו לגרום למבוטח לנזק או לתופעות לוואי חמורות יותר.

2. מקרה ביטוח

2.1. מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה בישראל או בחו"ל, כהגדרתה לעיל.

2.2. מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל, כהגדרתו לעיל.

3. תנאי זכאות

3.1. **להשתלה** - המבטח יהיה חייב בכיסוי השתלה שמתקיימים בה כל התנאים המצטברים הבאים:

- 3.1.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי מטעם המבוטח קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך בביצוע השתלה.
- 3.1.2 ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה ארץ.
- 3.1.3 ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה
- 3.1.4 ההשתלה בוצעה בכפוף לחוק השתלת איברים, התשס"ח ולחוזר המפקח 1/1/2009.
- 3.2 **טיפול מיוחד בחו"ל** - המבטח יהיה חייב בכיסוי טיפול מיוחד בחו"ל שמתקיימים בו כל אחד מהתנאים המצטברים הבאים:
- 3.2.1 רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרפואי הרלוונטי, אשר הנו בדרג של מנהל או סגן מנהל מחלקה בבי"ח בישראל, קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כי התקיים אחד התנאים המפורטים בסעיף 1.3 לעיל.
- 3.2.2 הטיפול המיוחד בחו"ל אינו מהווה טיפול ניסיוני למטרות מחקר או חקירה או הינו טיפול לא קונבנציונאלי.
- 3.2.3 הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע.

4. התחייבות המבטח

- בקרות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנוותן השירות בגין ההוצאות המוכרות בגין השתלה, בכפוף לחוק השתלת איברים, התשס"ח ולחוזר המפקח 1/1/2009, או בגין הטיפול המיוחד בחו"ל כמפורט להלן:
- 4.1 **ההשתלה ו/או להשתלות במסלול שיפוי** - הוצאות כמפורט בסעיף 4.4 להלן, לביצוע השתלה במסגרת בית חולים שבהסכם ועל ידי צוות רפואי שבהסכם - שיפוי מלא ללא תקרת עלות כוללת. במקרה של ביצוע ההשתלה על ידי המבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים שבהסכם ו/או על ידי צוות רפואי שאינו בהסכם, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות בעת אשפוז והוצאות נלוות להשתלה יהא עד לסכום ההוצאות להשתלה המבוצעת באמצעות נותני שירות שבהסכם או עד ל-4,000,000 ש"ח לכל השתלה, הגבוה מביניהם ובכפוף לאמור בס' 4.5.1-4.5.12 ולתקרות המפורטות בהם, אם וככל שקיימות תקרות.
- 4.2 **ההשתלה ו/או השתלות במסלול פיצוי** - פיצוי חד פעמי בסך 280,000 ש"ח לביצוע השתלת איברים בחו"ל, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית, כל זאת כאשר חברת הביטוח לא השתתפה במימון עלות ההשתלה, הפיצוי ישולם למבוטח בכפוף לאישור רופא מומחה בישראל בדבר הצורך בביצוע השתלה ואישור התייעה לפני צאתו לחו"ל לביצוע ההשתלה. במידה וההשתלה תבוצע בישראל ללא השתתפות המבטח במימון עלות ההשתלה, למעט במקרה של השתלת קרנית, בהשתלת מח עצם עצמית יועמד הפיצוי על סך של 80,000 ש"ח בלבד. להסרת ספק מובהר בזאת, כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי על פי סעיף זה לא יאזכאי לכל הוצאה אחרת המפורטת להלן ולעיל, המכוסה במקרה ביצוע ההשתלה במסלול שיפוי, כמפורט בסעיפים 4.1 ו-4.4, למעט תשלום גמלת ההחלמה המפורטת בסעיף 4.4.14 להלן.
- 4.3 **טיפול מיוחד בחו"ל** - הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הטיפולים המיוחדים המהווים מקרה ביטוח אחד הינו 600,000 ש"ח.
- 4.4 השיפוי כמוגדר בסעיפים 4.1 ו-4.4 לעיל יהא בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:
- 4.4.1 תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

- 4.4.2 הוצאות שהות לפני אשפוז להשתלה או לטיפול מיוחד - ללא הגבלה. בנוסף, תקופת אשפוז מרבית שלא תעלה על 365 ימים, בין אם האשפוז בוצע לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, ובין אם לאחר מכן.
- 4.4.3 הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 4.4.4 שכר כל הצוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח במהלך האשפוז;
- 4.4.5 בדיקות רפואיות בעת האשפוז;
- 4.4.6 שירותי מעבדה בעת האשפוז;
- 4.4.7 תרופות שניתנו למבוטח בעת האשפוז;
- 4.4.8 מימון איתור איבר להשתלה -
- 4.4.8.1 יכוסו כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לביצוע השתלה, לרבות ההוצאות הכרוכות באיתור תורם לרבות בדיקות מעבדה הקשורות באיתור התורם והשגת איבר להשתלה, כולל הוצאות שהייה וטיסה לצורך איתור תורם שאינם עולים על 30,000\$ למבוטח ולמלווה אחד. הכיסוי יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור האיבר והשגתו, הוצאות רפואיות הכרוכות בקציר האיבר, שימורו והעברתו למקום ההשתלה. המימון יעשה כנגד הצגת קבלות מקוריות, וזאת מבלי להגביל את גובה ההוצאות האחרות המפורטות לעיל ולהלן, אלא להוסיף עליהן.
- 4.4.8.2 הצגת קבלות מקוריות מגורמי תיווך המסייעים באיתור אברים ובהעברת תשלום ממקבל האיבר לתורם האיבר, יחשבו כהוצאות איתור איבר וישולמו על פי סעיף זה.
- 4.4.9 הוצאות נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל.
- 4.4.10 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל לצורך ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה - עד 60,000\$.
- הטסה רפואית משמעה - הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הניתוח המיוחד בחו"ל ובחזרה לישראל, בתנאי שרופא המומחה קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.
- 4.4.11 הוצאות סבירות לשהייה בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל כהגדרתו לעיל, למבוטח ולמלווה אחד אך לא יותר מ-800\$ ליום. עד לתקרה מרבית של 200,000\$ לאדם.
- 4.4.12 המשך טיפולים בארץ או בחו"ל, הנובעים מביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד, או בקרה עליהם, עד לסך מרבי של 100,000\$.
- 4.4.13 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר, חו"ח, כתוצאה מהשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל - בתיאום מראש עם המבטח.

4.4.14 גמלת החלמה לאחר השתלה:

4.4.14.1 במקרה של השתלה שבוצעה על פי נספח זה, (למעט השתלת קרנית), ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום על פי ביטוח זה, תשלום חודשי בסך 5,000 ₪ למשך התקופה המרבית של 24 חודשים החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל וכל עוד המבוטח הינו בחיים.

4.4.14.2 מובהר, כי מבטח אשר עבר השתלת מח עצם עצמית, יהא זכאי לקבלת הגמלה החודשית, בתנאי שהנו נמצא במצב של אובדן כושר עבודה וכל עוד הוא נמצא במצב זה, ועד לתקופה המרבית האמורה לעיל. אובדן כושר עבודה לעניין זה, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לחזור ולעסוק בתחום עיסוקו טרם ביצוע ההשתלה בפועל.

4.4.14.3 על אף האמור בסעיף 4.4.14.1, מבטח אשר זכאי לגמלה המפורטת בסעיף 4.4.14.1 יהיה מעוניין לעשות כן, יוכל לקבל את הגמלה בתשלום אחד וחד פעמי בגובה 96,000 ₪.

4.4.14.4 נפטר המבוטח, חו"ח, כתוצאה מביצוע ההשתלה, במהלך תקופת תשלום הגמלה, יהיו יורשיו החוקיים זכאים לקבלת יתרת תשלומי הגמלה המפורטים בסעיף 4.5.14.1 לעיל, בתשלום אחד, מיד לאחר פטירתו.

4.4.15 **הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל כתחליף להשתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל** - עלות הבאת מנתח, לרבות שהות המנתח בארץ והוצאות טיסה - עד 120,000 ₪ למקרה ביטוח אחד. להסרת ספק מובהר בזאת, כי עלות הבאת המנתח כוללת אך ורק את העלויות הכרוכות בהטסת המומחה לישראל וממנה ושהות המומחה בישראל, ולא את עלויות שכרו או כל עלות אחרת הכרוכה בביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד, שתקרותיהם יקבעו על פי סעיפים 4.1 או 4.4, לפי העניין.

4.4.16 **המשך טיפול תרופתי מיוחד בארץ לאחר השתלה או טיפול מיוחד**, שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרפואי הנוגע לעניין, אשר אינו מסובסד ע"י קופת החולים של המבוטח מסגרת סל הבריאות - עד לתקרה של 100,000 ₪. לא יהא כפל כיסוי על פי סעיף זה אם הטיפול התרופתי יכוסה על פי פרק התרופות, שעל פי נספח ב'.

5. זכות עיון בהסכמי המבטח

במקרה וההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל בוצעה/ה בחו"ל או במימון חלקי או מלא של המבוטח, למבוטח ו/או לבעל הפוליסה תהיה הזכות לעיין בהסכמים שיש למבטח עם ספקי השרות הרפואי הרלוונטי, כפי שיהיו מעת לעת, זאת על מנת לוודא שסכומי הכיסוי ו/או הפיצוי, להם זכאי המבוטח, עומדים בתנאי הסכם הביטוח.

6. חריגים

כל החריגים הכלליים הקבועים בפוליסה זו יחולו במלוא תוקפם גם על נספח זה, לרבות תחולת חריג מצב רפואי קודם.

נספח ב': תרופות שאינן כלולות

בסל הבריאות הממלכתי

1. הגדרות

- בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה, יחולו על נספח זה הגדרות הנוספות שלהלן:
- 1.1 **"רשימת התרופות המאושרות לשימוש"** - רשימת התרופות המופיעה בפרסום רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, הנכונה לתאריך הרשום במרשם.
 - 1.2 **"תרופה"** - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרופאים התשמ"א-1981 אשר מטרתו לאבחן או לטפל או לרפא או להקל על הסימפטומים הרפואיים או שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה או למנוע החמרה או הישנות או התפתחות של אותה מחלה (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), אשר אינו נכלל בסל הבריאות הממלכתי, אך מופיע ברשימת התרופות המאושרות לשימוש ו/או שאושר לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באיחוד האירופי, או בקנדה, או באוסטרליה או ביפן.
 - 1.3 **"טיפול תרופתי"** - נטילת תרופה בישראל, באורח חד פעמי או מתמשך.
 - 1.4 **"סל הבריאות הממלכתי"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק הבריאות או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין חבריה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת.
 - 1.5 **"בית מרקחת"** - מקום המורשה על פי החוק בישראל למכור ולשווק תרופות לציבור, כולל בית מרקחת הממוקם בבית חולים (להלן: "נותן השירות").
 - 1.6 **"מרשם"** - מסמך רפואי החתום ע"י רופא מומחה, אשר אישר הצורך בטיפול תרופתי, קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. מרשם על פי נספח זה יהא לכל תרופה בנפרד ובמינון למשך טיפול של עד חודש אחד בכל פעם.
 - 1.7 **"מחיר מרבי מאושר"** - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה לגבייה עבור תרופה ביום ביצוע התשלום ע"י המבוטח.
 - 1.8 **"סכום השיפוי המרבי"** - גובה תגמולי הביטוח המירביים שישלם המבוטח עבור תרופה ו/או תרופות על פי נספח זה, במהלך כל תקופת הביטוח.

2. מקרה הביטוח

- רופא מומחה מטעם המבוטח קבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב טיפול תרופתי באמצעות תרופה כדלהלן:
- 2.1 **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 מהמדינות הבאות (להלן: "המדינות המוכרות"): ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).
 - 2.2 **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 ההתוויה הרפואית המוגדרת לתרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.

2.3 תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

תכוסה כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כמתאימה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה-FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug information

3. US Pharmacopoeia-Drug Information

4. Drugdex Micromedex, ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

א4. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II a.

ב4. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.

ג4. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או II a.

5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מפרסומים הבאים:

א5. NCCN

ב5. ASCO

ג5. NICE

5. T5. ESMO Minimal Recommendation

2.4 שלושה פרסומים מדעיים אחרים.

2.5 תרופה למחלה יתומה

תרופה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") של חולים המשתייכים לאחת מארבע הקבוצות הבאות:

2.5.1 חולים במחלה יתומה שמספרם פחות מ-200,000 בני אדם בארצות הברית.

2.5.2 חולים במחלה יתומה שמספרם עולה על 200,000 בני אדם בארצות הברית אך אין ציפייה סבירה שעלות פיתוח התרופה תכוסה על ידי מכירות התרופה בארצות הברית לבדה.

2.5.3 חולים במחלה יתומה שמספרם לא יותר מ-5 מתוך כל 10,000 בני אדם באיחוד האירופי.

2.5.4 חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפותח לה תרופה ללא תמריצים באיחוד האירופי.

קביעת התרופה כתרופה למחלה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת תרופה מסוג זה ותתבסס על קביעת ה-FDA האמריקאית לגבי ארה"ב או על ידי ועדת מוצרים יתומים (Committee for Orphan Medicinal Products (COMP) מטעם ה-EMA לגבי מדינות האיחוד האירופי.

3. התחייבות המבוטח

3.1 המבוטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח, עד תקרת סכום השיפוי המרבי בסך 1,200,000 ש"ח, בכפוף לתנאים המצטברים שלהלן:

3.1.1 המבוטח יפנה לאישור המבוטח קודם לרכישת התרופה וכנגד מרשם החתום ע"י רופא מומחה. מובהר, כי המבוטח לא יהא חייב בתשלום תגמולי ביטוח אם לא אישר מראש למבוטח את רכישת התרופה.

3.1.2 המציא המבוטח למבוטח מרשם לתרופה חתום ע"י רופא מומחה.

- היה המבוטח זכאי לרכישת התרופה במסגרת תוכנית השב"ן (ביטוח משלים) בקופת החולים בה הוא חבר, ונדרש בתשלום השתתפות עצמית בלבד, ישפה המבוטח את המבוטח בסכום ההשתתפות העצמית בה נדרש המבוטח, בכפוף לאמור בסעיף 4 להלן.
- 3.2. הוצאות בגין טיפול תרופתי ישולמו על ידי המבוטח כנגד קבלות מקוריות בלבד, בגובה התשלומים ששולמו בפועל בלבד. על אף האמור לעיל, במקרה של כיסוי במקרים בהם על פי הוראות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בקופת החולים, הציג המבוטח את הקבלות המקוריות לקופת החולים ו/או לגורם אחר מטעמה, יהא המבוטח רשאי להציג למבוטח העתק קבלות, בצירוף הסבר מפורט בדבר הגורם לו הוגשו הקבלות המקוריות והסכום שנתקבל מהגורם האחר.
- 3.3. לא יינתן כיסוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים אשר טרם נרכשו על ידי המבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן שירות לטיפולים תרופתיים עתידיים ו/או תרופות שנרכשו לאחר תקופת הביטוח.
- 3.4. תקרת סכום השיפוי בסך 1,200,000 ₪ תהא לתקופה בת 36 חודש מיום תחילת ההסכם. בתום 36 חודשים מתחילת ההסכם זה יחודש סכום השיפוי המרבי עד לתום תקופת הביטוח שעל פי ההסכם זה.
- 3.5. הוצאות בגין טיפול הכרוך במתן התרופה ישולמו על ידי המבוטח כנגד קבלות מקוריות בלבד, בגובה התשלומים ששולמו בפועל בלבד, לרבות ולא רק בגין הזרקת התרופה, מתן עירוי דם, כיסוי הוצאות חדר ניתוח, מנתח, מרדים וכיוצ"ב.
- 3.6. אם מקרה הביטוח ארע בתוך תקופת ההסכם זה, ישולמו תגמולי הביטוח בגין אותה/ן תרופה/ות ועד למיצוי מלא סכום השיפוי, וכל עוד המבוטח נוטל את אותה/ן התרופה/ות, אף אם נטילתה הינה לאחר תום תקופת הביטוח.

4. השתתפות עצמית

- 4.1. המבוטח ישא בהשתתפות עצמית בסך 180 ₪ למרשם תרופתי, אך לא יותר מ-540 ₪ לחודש בגין סך כל המרשמים שיציג המבוטח בגין אותו החודש.
- 4.2. היה המבוטח זכאי לרכישת התרופה במסגרת ביטוח משלים בקופת החולים בה הוא חבר ונדרש בתשלום השתתפות עצמית בלבד, ישפה המבוטח את המבוטח בסכום ההשתתפות העצמית בה נדרש המבוטח בניכוי 180 ₪.

5. חריגים מיוחדים לנספח זה:

- בנוסף לחריגים הכלליים הקבועים בהסכם זה, לרבות כל סעיפי המשנה שבו, נספח זה אינו מכסה תרופה לטיפול במחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS). אין באמור בסעיף זה כדי לגרוע מזכאותו של המבוטח על פי סעיף 18.6.8 בחלק הכללי.

6. חריג מצב רפואי קודם:

- לא יכוסה טיפול תרופתי המטפל במצב רפואי של המבוטח, אם מצבו הרפואי של המבוטח בעת הצטרפותו מחייב את ביצוע הטיפול או שהמבוטח טופל בטיפול תרופתי הנדרש. מובהר בזאת, כי במידה ובמועד הצטרפות לביטוח סבל המבוטח ממצב רפואי קודם, אך במהלך תקופת הביטוח נדרש הטיפול בשל החמרה במצב הרפואי (על פי קריטריונים רפואיים מקובלים), יכוסה הטיפול. למען הסר ספק - ליקוי בריאותי אשר השפעתו על קרות מקרה הביטוח עקיפה ו/או תלויה בהתקיימות נסיבות נוספות, לא ייחרג, ומקרה הביטוח יכוסה. הגדרת החריג הנ"ל בדבר מצב רפואי קודם, מיטיבה עם המבוטחים.

נספח ג': כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה, יחולו על נספח זה ההגדרות הנוספות שלהלן:

1.1 **טכנולוגיות רפואיות** - הליך או הליכים, אמצעי או אמצעים לאבחון ו/או לטיפול רפואי בגין תאונה ו/או מחלה פעילה כמוגדר להלן, המוכרים בעת ביצועם, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כטכנולוגיות שגרתיות ומקובלות או טכנולוגיות מתקדמות וחדשניות, בין אם טכנולוגיות אלה כלולות בסל הבריאות ובין אם לא, בין אם הינם קיימים היום ובין שהיוו בעתיד. טכנולוגיות כנ"ל אביזרים רפואיים מסוגים שונים בכללם עזרים ניתוחיים ואחרים, שתלים כמוגדר להלן ומשתלים מיוחדים. ערכות (קייטים) ייחודיים של אביזרים לשימוש במהלך ניתוח (בין מתכלים ובין אחרים), בין אם הינם מושתלים בגוף המבוטח במהלך ניתוח ובין אם לאו (כגון PERCLOSE או HEART PORT וכיוצא), ובדיקות פתולוגיות מיוחדות לקביעת אופן הטיפול לאחר ביצוע ניתוח.

כן, יכללו במסגרת הגדרה זו פעולות הדמיה מסוגים שונים, ובכלל זה הדמיה/יות וירטואלי/יות הבאה/ות כאבחון או כטיפול כהכנה לניתוח או במהלכו או לאחריו כגון: MRI, C.T, PET, US.

מוסכם כי השימוש בטכנולוגיות כמתואר לעיל מטרתם להציל חיים או להאריך חיים או לשפר משמעותית את איכות ההליך הניתוחי המתבצע במבוטח במהלך הניתוח או כהכנה או לאחריו, כתוצאה מאירוע תאונתי ו/או כתוצאה ממחלה פעילה כמוגדר להלן, והינו נזקק בשל כך לשימוש באמצעות הטכנולוגיות הרפואיות הנ"ל אשר ביצועם ייעודי להכנה לניתוח, במהלכו או לאחריו.

על מנת למנוע כל ספק אפשרי, כל המתואר לעיל, מותנה בקיומם של כל **התנאים המצטברים** בהגדרת מקרה ביטוח שעל פי נספח זה להלן.

כמו כן מודגש, כי במסגרת ההגדרה הנ"ל לא יהיו כלולים ולא יכוסו הוצאות הניתוח עצמו וכן חליפי ניתוח.

1.2 **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרופאים התשמ"א-1981 אשר מטרתו לאבחון או לטיפול או לרפא או להקל על הסימפטומים הרפואיים, אשר מופיע ברשימת התרופות המאושרות לשימוש בישראל כמוגדר בנספח ב' לעיל ו/או שאושר לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות בארצות הברית ו/או שאושר לשימוש על ידי הרשויות באיחוד האירופי.

1.3 **ניתוח** - פעולה פולשנית-חידרתית (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, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר או באמצעות גל קול, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צינתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה וכדומה בכל שיטה.

1.4 **שתל** - כל אביזר טבעי או חלק מאביזר טבעי, או אביזר מלאכותי, מנספח מלאכותי או טבעי ובכלל זה משתלים מיוחדים רגילים או מפורשי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח (כגון: עדשה, נספח ירך, סטנט וכו') למעט תותבת שיניים שתל דנטלי ושתל במהלך ההשתלה.

1.5 **מחלה פעילה** - כל אירוע מחלתי בין אם הינו חדש ובלתי צפוי ובין אם הינו מחלה כרונית מתמשכת אשר התלקחה והדורשת טיפול רפואי.

1.6 **טיפול חלופי לניתוח** - טיפול רפואי המבוצע כתחליף לניתוח אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע.

1.7. **תאונה** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלה כח פיסי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. **כל ההגדרות שלעיל במידה והינן כלולות ונוגעות לפרוצדורות רפואיות נוסחו באופן המיטיב עם המבוטח ביחס להגדרת המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר 2004/20 "הגדרת של פרוצדורות רפואיות בביטוחי בריאות".**

2. מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב **ביצוע ניתוח** בגין תאונה או מחלה פעילה כמוגדר לעיל, תוך שימוש בטכנולוגיות רפואיות כמוגדר לעיל, בתנאי כי התקיימו **כל** התנאים הבאים **במצטבר**:

- רופא בתחום הרלוונטי קבע, עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את השימוש בטכנולוגיות הרפואיות הנ"ל.
- אין הטכנולוגיה הנ"ל מהווה תרופה מכל מין וסוג שהוא כמוגדר לעיל, לרבות טיפולים כימותרפיים, בין אם הנה כלולה בסל הבריאות הממלכתי ובין אם לאו. משתל או שתל המפריש תרופה לא יוגדר כתרופה עפ"י נספח זה.
- אין היא כוללת איבר טבעי או מלאכותי מכל מין או סוג שהוא שיעדו להיות מושתל במבוטח או להיות חליף של איבר שתפקידו לפעול במקום האיבר אשר הפסיק לפעול או נכשל בפעילותו, בהתאם לכיסוי על פי נספח ההשתלות.
- אין היא קשורה בהפריה או בהריון או בלידה או בשמירת הריון או בלידה מוקדמת או בטיפול בעובר או בפג.
- אין מטרתה קוסמטית או אסתטית.
- אין היא קשורה למצב נפשי או למחלת נפש או למצב פסיכטי או לטיפול פסיכיאטרי או לטיפול פסיכולוגי.
- אין היא קשורה לטיפול גריאטרי.
- אין הטכנולוגיה הרפואית הנ"ל מהווה טיפול ניסיוני או מחקרי והשימוש בה אושר ע"י הרשויות המתאימות בישראל.
- אין היא מהווה טיפול או אבחון או פעולה שמטרתה מניעתית מכל סוג שהוא ובכלל זה אינה בגלל מצב תורשתי מכל מין וסוג שהוא.
- אינה מהווה פיתוח ביוטכנולוגי הנוגע בשכפול גנים או לשפעול גנים או להחלפה או לטיפול בגנים או להזרקת תאים עובריים לאיברים שונים.
- הטכנולוגיה הרפואית הנ"ל בוצעה בישראל בלבד.
- הטכנולוגיה הרפואית הנ"ל אינה טיפול מתחום הרפואה המשלימה.

3. התחייבות המבטח:

3.1. בקרות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח שעל פי נספח זה עד לתקרת סכום השיפוי המרבי בסך 350,000 ₪ לכל תקופת טיפול כמפורט להלן, אך לא יותר מסכומי השיפוי המרביים שנקבעו לכל פעולה הכלולה כמקרה וביטוח כמפורט להלן:

- 3.1.1. **לשתל** עד לסך של 25,000 ₪ לכל אביזר אך לא יותר מ-150,000 ₪ לכל תקופת טיפול.
- 3.1.2. **להדמיה או לבדיקה/ות** עד 15,000 ₪ לכל פעולה / בדיקה ולא יותר מ-100,000 ₪ לכל תקופת טיפול.

3.1.3. **לכל הליך או פעולה אחרים** המוגדר לעיל כטכנולוגיה רפואית היום ולכל הליך או פעולה שיהיו בעתיד, סך של 15,000 ₪ לכל פעולה ולא יותר מ-100,000 ₪ לכל תקופת טיפול. בסך הכל לא יעלה הסך המרבי לכל הפעולות הטכנולוגיות הרפואיות על סך 350,000 ₪ לכל תקופת טיפול.

3.2. **תקופת טיפול משמעה** - תקופה בת 60 חודשים המתחילה במועד תחילת הטיפול במבוטח, בתנאי כי תקופת הביטוח טרם הסתיימה, (להלן "תקופת הטיפול הראשונה") והיא תחודש למשך 60 חודשים נוספים אך לא יותר מתום תקופת הביטוח. בתום תקופת הטיפול הראשונה יחודש גם סכום השיפוי לאותו מבוטח בסך 350,000 ₪ לתקופת טיפול נוספת בתנאי וכל עוד נמשכת תקופת הביטוח.

4. **תקופת אכשרה**

לא תהא תקופת אכשרה על נספח זה.

5. **חריגים**

כל החריגים הכלליים הקבועים בהסכם זה, לרבות כל סעיפי המשנה שבו, יחולו גם על נספח זה.

איך לנהוג בעת תביעה?

חשוב לציין כי בכל מקרה של תביעה, יש ליצור קשר עם חברת היעוץ ולקבל את כל המידע בנוגע לתהליך הגשת התביעה, המסמכים הרלוונטיים והשימוש בפוליסה

מה לעשות כשצריך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל?

עם היוודע הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד בחו"ל, יש לפנות לחברת היעוץ כדי שידריכו אותך בתהליך הגשת התביעה במקרה השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.

מה לעשות כשיש צורך בשימוש בתרופה שמחוץ לסל הבריאות?

עם היוודע הצורך בשימוש בתרופה שמחוץ לסל הבריאות, יש לפנות לחברת היעוץ כדי שידריכו אותך בתהליך הגשת התביעה.

אנו עומדים לשירותך בכל עת!

חברת "ווי. די.בי יועצים"

טלפון: 03-691 1370

פקס: 03-6958662

דוא"ל: ydb@ogen.co.il



תנאי ביטוח רפואי קבוצתי לנכי צה"ל

לתביעות - ווי.די.בי. יועצים בע"מ

טל: 03-6911390

פקס: 03-6958662

מייל: ydb@ogen.co.il

7/2016 7006327