



**”בריאות בצוות”
ביטוח בריאות קבוצתי
לעמיתי ארגון צוות**

עמיתים נכבדים,

פוליסת הבריאות הקבוצתית של עמיתי צוות בתוקף עד 30.11.2025 ומרכיב הסיעוד עד 31.12.2017 בהתאם להרשאה שניתנה על ידי המפקחת על שוק ההון ביטוח וחסכון.

יחד עם זאת, בוצעו מספר התאמות בכיסויי הביטוח אשר הוכנסו לחוברת זו. חשוב להדגיש שהיכולת לשמור על דמי הפרמיה נבע מכך שעמיתי צוות שיתפו פעולה עם מוקד התביעות והודיעו על כל תביעה מבעוד מועד. המשך שיתוף הפעולה של המבוטחים יבטיח את עתידה של פוליסת צוות.

בברכת בריאות טובה,

אילן דולפין	דן נדיב	תא"ל (מיל) מוטי בר דגן
יו"ר ועדת הבריאות ב"צוות"	מנכ"ל "צוות"	יו"ר "צוות"

חברי "צוות" היקרים,

הפוליסה שבידיכם מיועדת לשירותכם ומעניקה כיסוי ביטוחי לניתוחים, להשתלות, למקרי סיעוד ועוד.

הפוליסה נבנתה ונועדה לשימושים רציניים, לא עלינו, וכהשלמה ותוספת לשירותים הציבוריים המוקנים לנו על פי חוק וניתנים על ידי קופות החולים ובתי החולים הציבוריים.

יש לציין שקבלת טיפול במסגרת שירות ציבורי (קופות חולים ובתי חולים ציבוריים) מזכה את המבוטחים בפיצוי כספי נאות במסגרת פוליסה זו.

מוקד מדנס ייתן לכם ייעוץ מדויק ומהימן לגבי המוסדות הרפואיים והרופאים המקצועיים המתאימים לטיפול הנדרש, זאת תוך כדי בחינה רפואית של רופאים מומחים מטעם "צוות" אשר יבחנו את צרכי החבר, רווחתו, זמינות הניתוח והפיצוי הכספי הכדאי ביותר עבורו.

אתם מוזמנים לפנות ולהשתמש בשירות זה.

אוהב אתכם ועומד לשירותכם,

שוקי מדנס

עמיתי "צוות" היקרים,

חברת הפניקס מבטחת את עמיתי צוות ובני משפחותיהם מאז סוף 2004. עד היום ביטוח הבריאות הקבוצתי של עמיתי "צוות" קיים בפניקס מאז סוף 2004. בתקופה מאז ועד היום קיבלו אלפי עמיתי "צוות" ובני המשפחות שירותים במסגרת הביטוח הפרטי, אשר מקנה להם ביטחון ושקט נפשי בנושא החשוב ביותר לכל אחד מאיתנו - הבריאות.

מפורטת בהמשך פוליסת הביטוח המעודכנת של עמיתי "צוות".

בתקופה שבה מערכות הבריאות הציבורית עוברות טלטלות לא קלות, יש חשיבות יתרה להיותכם מבוטחים בפוליסה זו.

הפוליסה נותנת מענה רחב למגוון שירותים גדול החל מצרכים בחיי היום יום ועד לאירועים גדולים כמו הזדקקות לניתוחים גדולים, תרופות שאינן בסל הבריאות ומצב סיעודי.

אנו מאחלים לכל עמיתי "צוות" בריאות ואריכות ימים,

דפנה שפירא-לילה, משנה למנכ"ל

**מנהלת תחום הבריאות
הפניקס**

5	ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (בכפוף לתקנון גילוי נאות)
13	פוליסה לביטוח רפואי וסיעודי קבוצתי לחברי "צוות" ובני משפחתם
13	פרק א' - הוראות ותנאים כלליים לביטוח
25	פרק ב' - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל
29	פרק ג' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
35	פרק ד' - ניתוחים
37	פרק ה' - שירותים רפואיים נוספים
42	פרק ו' - כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח המבוצעים בישראל
44	פרק ז' - פיצוי על הידבקות מעירו
45	נספח א' לפוליסה לביטוח רפואי וסיעודי לחברי "צוות" ובני משפחתם
52	פוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי
62	מערך השירותים הניתנים על ידי קבוצת מדנס
65	נספח ב' - משלים שב"ן

תנאים	סעיף	נושא
"צוות" אירגון גימלאי צה"ל (ע"ר).	1. שם בעל הפוליסה	כללי
עמית "צוות", בן/ת זוגו ילדיהם ובני זוגם, אלמנות צה"ל ושאימים.	2. המבוטח	
ביטוח להשתלות, ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שלא בסל הבריאות, ניתוחים ושירותים רפואיים בארץ, פיצוי בקרות אירוע רפואי, אביזרים, התייעצויות וביטוח סיעוד.	3. הכיסויים בפוליסה	
ביטוח בריאות: 14 שנים מיום 1.12.2011, דהיינו 30.11.2025 ביטוח סיעודי: מיום 1.12.2011 ועד 31.12.2017 או מועד מוקדם יותר בהתאם להחלטת 2 הצדדים. הכל בכפוף לאמור לסעיף 2 לפוליסה.	4. משך תקופת הביטוח	
אם יחליט בעל הפוליסה שלא להאריך את תקופת ההסכם בחברה או אצל מבטח אחר, או אם חדל המבוטח להיות חבר ב"צוות", יהיו המבוטחים רשאים להצטרף לביטוח בריאות פרטי בחברה, תוך 60 יום מהמועד בו בוטלה הפוליסה, על פי התנאים שיהיו מקובלים בחברה באותה עת ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. בביטוח סיעודי, יחולו התנאים בהתאם להוראות המפקח על הביטוח כפי שיפורסם על ידו. עד לפרסום תנאים בנושא יחולו תנאי סעיף 11 בפוליסת הסיעוד.	5. המשכיות	
בביטוח הבריאות הארכות אוטומטיות לתקופות נוספות של 7 שנים, אלא אם כן הודיעו הצדדים על אי רצונם לחדש את ההסכם בתנאים המוסכמים.	6. תנאים לחדוש אוטומטי	
60 יום למבוטחים המצטרפים בכפוף למילוי הצהרת בריאות כאמור בסעיף 4.2 לפוליסת הבריאות וסעיף 9.4 לפוליסת הסיעוד. 12 חודשים בבדיקות הריון.	7. תקופת אכשרה	
בביטוח הסיעודי 60 יום.	8. תקופת המתנה	
קיימות השתתפויות עצמיות בפרקי הפוליסה השונים. השתתפויות בולטות - ניתוחים עד 20% מעלות הניתוח עד תקרה של 6,000 ₪ לפי טבלה מצורפת בנספח א' לפוליסה.	9. השתתפות עצמית	

נושא	סעיף	תנאים											
שינוי תנאים	10. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	על פי הסכמה בין בעל הפוליסה למבטח.											
פרמיות	11. גובה ומבנה הפרמיה	303.52 ₪ לעניין הפרמיה בלבד, לפי מדד 5.2017 - 12218 נק'											
	12. מבנה הפרמיה	אחיד לכל הגילים.											
	13. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	החל מ-1.1.2015 התחשבות מדי שנה.											
תנאי ביטול	14. תנאי ביטול על ידי המבטח	בהודעה בכתב למבטח בכל עת.											
	תנאי ביטול על ידי המבטח	אם מבטח אינו משלם את הפרמיה כסדרה. עקב אי גילוי מהותי אצל מבטח שמילא הצהרת בריאות לצורך קבלה לביטוח.											
חריגים	15. חריג בשל מצב רפואי קיים	בתנאים הכלליים לביטוח - סעיף 4.2 בתנאים לביטוח סיעודי - סעיף 5.5											
	16. סייגים לחבות המבטח	פרק א' סעיף 3 פרק ג' סעיף 4 פרק ד' סעיף 5 בביטוח הסיעודי סעיף 5											
ביטוח סיעודי	17. הגדרת מקרה הביטוח	אי יכולת ביצוע 3 פעולות יום יומיות או תשישות נפש ומחלת אלצהיימר = 100% מסכום הביטוח - סעיף 1.7 בהגדרות הפוליסה לביטוח סיעודי.											
	18. משך תשלום תגמולי הביטוח	עד 60 חודש.											
	19. סכום הביטוח לבית ולמוסד	<table border="1"> <thead> <tr> <th>קבוצת גיל</th> <th>סכום ביטוח</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-49</td> <td>₪ 5,500</td> </tr> <tr> <td>50-59</td> <td>₪ 4,500</td> </tr> <tr> <td>60-70</td> <td>₪ 4,000</td> </tr> <tr> <td>71-75</td> <td>₪ 3,700</td> </tr> <tr> <td>76+</td> <td>₪ 3,500</td> </tr> </tbody> </table>	קבוצת גיל	סכום ביטוח	0-49	₪ 5,500	50-59	₪ 4,500	60-70	₪ 4,000	71-75	₪ 3,700	76+
קבוצת גיל	סכום ביטוח												
0-49	₪ 5,500												
50-59	₪ 4,500												
60-70	₪ 4,000												
71-75	₪ 3,700												
76+	₪ 3,500												

סכום הביטוח יקבע בהתאם לקבוצת הגיל אליה משתייך המבטח, בהתאם לגילו הנוכחי ביום 01.07.2017 ויקבע בהתאם למועד קרות מקרה הביטוח.
לפי מדד 1.5.2017 - 12218 נק'.

תנאים	סעיף	נושא
בעת קבלת תגמולי הסיעוד ישוחרר חלק הביטוח הסיעודי מתשלום פרמיה.	20. שחרור מתשלום פרמיה	
כלולה בפרמיה לביטוח היסודי.	21. הפרמיה	
ללא שינוי.	22. זכויות המבוטח בעת העלאת פרמיה	
אין.	23. ערך מסולק	
אין.	24. תלות בין סכום הביטוח לגיל המבוטח	
אין.	25. קיזוז תגמולי הביטוח מביטוחים אחרים	

קיצוז תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	השתלות עד 4,650,000 ש"ח ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל עד 1,240,000 ש"ח.	פרק ב' - השתלות
לא	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	פיצוי בגין השתלה שבוצעה ללא מעורבות המבטח - 240,000 ש"ח. 24 גמלאות לאחר ביצוע השתלה - 5,685 ש"ח.	
<p>הוראות מיוחדות בדבר כיסוי להשתלות על פי חוזר המפקח על הביטוח 1-1-2009 בטרם מתן פיצוי או שיפוי למיון ביצוע השתלה, תיבחנה הוראות החוק (חוק השתלת האיברים, תשס"ח-2008) ובכלל זה התקיימות התנאים הבאים: א. נטילת והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה. ב. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.</p>					
כן	ביטוח מוסף	כן	שיפוי	כיסוי לתרופות המשווקות בישראל, שעלותן מעל 250 ש"ח לחודש, שאינן כלולות בסל הבריאות עד לסך כולל של 1,034,000 ש"ח. בכיסוי כלולות תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואשרו באחת המדינות המוכרות בפוליסה, תרופות הכלולות בסל הבריאות, אך לא להתווייה המבוקשת, תרופות Off Table, ותרופות יתום.	פרק ג' - תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות

קיצוז תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי בעיקרו (כולל גם מספר סעיפי פיצוי)	<p>ניתוחים המבוצעים על ידי נותני שרות בהסכם בהשתתפות עצמית אך ללא תקרה ועל ידי מנתחים שאינם בהסכם בתקרה לפי 120% ממחירון הפניקס כמפורסם באתר הפניקס www.fnx.co.il ובניכוי ההשתתפות העצמית.</p> <p>גובה ההשתתפות העצמית 20% מעלות הניתוח ובהתייחס לסוג הניתוח עד לתקרה של 6,000 ש"ח ובהתאם לטבלה שבנספח א'.</p> <p>הכיסוי כולל גם פיצויים ושיפויים שונים נוספים בגין טיפול אחרות, חו"ד לפני הניתוח, בדיקה פתולוגית, אביזר מושטל ועוד.</p>	פרק ד' - ניתוחים

קיצוז תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
כן	בעיקר ביטוח תחליפי	יש צורך באישור מראש לחלק מהשירותים	שיפוי	פרק הכולל רשימת טיפולים אמבולטוריים, טיפולים ברפואה משלימה, אביזרים רפואיים, בדיקות אבחנתיות, בדיקות הריון, טיפולים בבית המבטח ועוד. יש לשים לב להשתתפויות העצמיות המפועות בסמוך לכל סוג שרות בפרק זה ותקופת אכשרה בת 12 חודש בבדיקות ההריון.	פרק ה' - שירותים רפואיים נוספים
כן	ביטוח מוסף בעיקרו	כן	שיפוי	מספר טיפולים המחליפים ניתוח שהומלץ למבטח. עד לסך של 25,845 ש"ח ובהשתתפות עצמית בגובה 20% מהעלות	פרק ו' - כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח
לא	ביטוח מוסף	לא	פיצוי	פיצוי בגין הידבקות במהלך עירוני שניתן במהלך אישפוז או ניתוח. בגין הידבקות במחלת האיידס 103,400 ש"ח.	פרק ז' - הידבקות במהלך עירוני

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים עם ביטוח אחר
ביטוח סיעודי	גמלת סיעוד תיקבע בהתאם לקבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח בהתאם לגילו הנוכחי ביום 1.7.2017 ויקבע בהתאם למועד קרות מקרה הביטוח. משך תשלום גמלת הסיעוד 60 חודש וכל עוד המבוטח סיעודי. תקופת המתנה בת 60 יום. הביטוח כולל שיחרור מתשלום פרמיית הביטוח עבור הביטוח הסיעודי בעת היות המבוטח סיעודי.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא

הפרמיות והסכומים הנקובים בנספח הנים לפי מדד 12218 נק' שפורסם ביום 15.4.2017 וכנס לתוקפו ביום 1.5.2017

תנאי הביטוח המחייבים הם תנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה בין גילוי הנאות לבין תנאי הפוליסה, יגברו וחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין.

בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים:

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

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

ביטוח מוסף - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון. יצוין כי ההגדרות האמורות תקפות ליום פרסומן.

המבוטח זכאי לקבל מאת הפניקס פירוט תגמולי הביטוח באמצעות מוקד בריאות בצוות 1-700-700-251 או באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

פוליסה לביטוח רפואי וסיעודי קבוצתי לחברי "צוות" ובני משפחתם

פרק א' - הוראות ותנאים כלליים לביטוח

מוצהר ומוסכם בזאת כי תמורת תשלום דמי ביטוח, כמפורט בדף פרטי הביטוח, ובכפיפות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים, ישפה המבטח ו/או ישלם ישירות לספקי/ השירות ו/או יפצה את המבוטח - הכל בהתאם למחויבות המבטח על פי כל אחד מפרטי הביטוח, עבור סך כל מקרי ביטוח בכל פרק, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בכל פרק או סעיף בהם נקבע שיעור כזה.

1 הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:

הפניקס חברה לביטוח בע"מ.	1.1 המבטח
חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות הצעת הביטוח, תעודת הביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו.	1.2 פוליסה
"צוות" - ארגון גימלאי שירות הקבע בצה"ל (ע"ר) (להלן: "צוות").	1.3 בעל הפוליסה
כל אחד מאלה - עמית של "צוות" כקבוע בתקנון בעל הפוליסה [להלן: "עמית"] וכן בן או בת זוג של עמית כאמור וכן בניהם / בנותיהם של העמית בן/בת זוגם של ילדי העמית המבוטחים, או אלמנות צה"ל [על פי החלטת בעל הפוליסה] כאמור או שאירים. הכיסוי לבן זוג על פוליסה זו יחול גם על ידועה/ה בציבור של עמית "צוות" החי/ה עמו חיי משפחה במשק בית משותף, אך אינו נשוי לה/לו ובלבד שהמבוטח יצהיר בכתב על כך ויסכים כי הידועה/ה בציבור והוא/היא בלבד תהיה/ יהיה בן/בת זוג לצורך הכיסוי הביטוחי לכל תקופת הביטוח.	1.4 המבוטח
המבוטח או מי שהמבוטח קבע בהצעת הביטוח ובאין קביעה כזו הירשיים החוקיים.	1.5 מוטב
<p>1.6.1 גימלאי הזכאי לקיצבה עפ"י חוק שירות הקבע בצבא הגנה לישראל (גימלאות) [נוסח משולב], התשמ"ה-1985, ובן זוגו של גימלאי כאמור.</p> <p>1.6.2 אלמנת צה"ל: אלמנה שבעלה שירת בשירות קבע לפחות 10 שנים והיה בגיל 40 לפחות בעת פטירתו והאלמנה מקבלת קיצבה דרך מת"ש.</p> <p>1.6.3 שאיירים: בנימ/נות של עמית "צוות" אשר היו מבוטחים בביטוח זה בטרם נפטר העמית וכן בן/בת זוגתו - ואשר אינם זכאים לקיצבה ממת"ש.</p>	1.6 עמית "צוות"
טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחידי משפחתו.	1.7 הצעת הביטוח

1.8	תאריך תחילת הביטוח	התאריך הנקוב בתעודת הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח".
1.9	דמי הביטוח	הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או על המבוטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט בתעודת הביטוח.
1.10	תקופת אכשרה	תקופת זמן רצופה, שבה לא ישולמו למבוטח לגמולי ביטוח, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך תחילת הביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת המתנה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רצופה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש.
1.11	מקרה הביטוח	מצב המתואר בפוליסה ופרקיה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
1.12	מדד	מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדף פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, ואם ייוחד מדד רשמי מ'שהו למחירי שירותי בריאות - מדד זה.
1.13	שנת ביטוח	מדד יסודי שפורסם ביום 1.12.2004 לפי 9996 נק'. תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח.
1.14	יום אשפוז	יום ולילה המהווים יחדיו וברצף 24 שעות [יממה].
1.15	חוברת הביטוח	חוברת הכוללת פרטים על תקופת הביטוח, סכומי הביטוח, דמי ביטוח, הכיסויים הכלולים בפוליסה וההגבלות על היקף הכיסוי.
1.16	סכום ביטוח	הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה / או בדף הביטוח.
1.17	חוק הביטוח	חוק חוזה הביטוח, תשמ"א-1981.
1.18	חוק הבריאות	חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
1.19	ישראל	מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
1.20	חו"ל	כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
1.21	בית חולים	מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהרשויות המוסמכות לביצוע השירות הרפואי במקום בו הוא פועל.
1.22	בית חולים שבהסכם	בית חולים כמוגדר לעיל ואשר למבטח הסכם התקשרות עמו לצורך ביצוע ניתוחים וטיפולים למבוטחים כמפורט ברשימה המצורפת לפוליסה זו, ו/או המתפרסמת באתר האינטרנט של המבטח.
1.23	ניתוח	פעולה פולשנית-חיריתית (Invasive Procedure), הוחדרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1 בדצמבר 2011	1.37	המועד הקובע
מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל ובנוסף לכך, המבוטח יהיה רשאי לבחור את נותן השירות, בין אם נותן השירות הוא מוסד רפואי, בית חולים, או רופאים, מומחים, מנתחים, או אחרים על פי הפוליסה, וזאת בכפוף לסעיף תגמולי הביטוח בפרק "הוראות ותנאים כלליים" של הביטוח. בין מתוך נותני שירות שבהסכם בהגדרות לפוליסה, ובין בבחירה חופשית של כל נותן שירות אחר.	1.38	קביעת נותן השירות
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.	1.39	מצב רפואי קודם
סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבטח מחבותו או המפחית את חבות המבטח 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.	1.40	סייג בשל מצב רפואי קודם
ביטוח רפואי וסיעודי קבוצתי לחברי "צוות" ובני משפחותיהם ב"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" שתוקפו פג במועד כניסת פוליסה זו לתוקף.	1.41	הפוליסה הקבוצתית הקודמת
תקופת זמן רצופה בת 60 יום, המתחילה לגבי המבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ובכפוף לסעיף 4.2 בפרק א'. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח 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.	1.42	תקופת אכשרה
ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות חדר מיון כמקרה דחוף והופנה אליו המבוטח על ידי רופא מומחה ממרפאה, לרבות מרפאת חוץ של בית החולים.	1.43	ניתוח אלקטיבי
מסמך רפואי חתום ע"י רופא, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה. למען הסר ספק, יובהר כי לכל תרופה יינתן מירשם נפרד והמינון בכל מירשם יועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.	1.44	מירשם
2 תקופת הביטוח		
תקופת הביטוח הינה 14 שנים החל מהמועד הקובע ועד 30/11/2025. ההסכם יחודש אוטומטית באותם תנאים לתקופות נוספות של 7 שנים ובהתאם להסכמות בין שני הצדדים. למען הסר ספק, תקופת הביטוח לעיל חלה על פוליסת הבריאות בלבד. תקופת הביטוח בפוליסת הסיעוד תהיה עד 31.12.2017 או מועד מוקדם יותר בהתאם להחלטת שני הצדדים.	2.1	
מוסכם ומוצהר בזאת כי על אף האמור בסעיף 2.1 לעיל יהיה כל צד רשאי להביא הסכם זה לסיומו החל מיום 1/12/2018 בתום שתי שנות ביטוח נוספות (אם יחודש הביטוח לתקופה נוספת) וזאת בהודעה בכתב שתניתן לצד האחר לפחות 90 יום לפני מועד סיום תקופת הביטוח. הוראות הפוליסה לרבות דמי הביטוח יעמדו בעינם במלואן עד למועד סיום הביטוח.	2.2	

<p>מבוטח אשר ביום 30.11.11 (בחצות) בוטח במסגרת הפוליסה הקבוצתית הקודמת, יהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו החל מהמועד הקובע. מועד הצטרפותו לביטוח של מבוטח זה יהיה מועד הצטרפותו לביטוח במסגרת הפוליסה הקבוצתית הקודמת.</p>	<p>2.3</p>
--	------------

3 חריגים כלליים

המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:

<p>מקרה הביטוח נובע מאי שפיות, התאבדות או נסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראות רופא.</p>	<p>3.1</p>
---	------------

<p>מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה או עקיפה של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), במידה וניתנה הוראה טיפולית בקשר אליה במועד הצטרפות או לפניו.</p>	<p>3.2</p>
---	------------

4 תנאי בדבר אחריות המבטח בגין מצב רפואי הקיים בתאריך תחילת הביטוח

<p>המבטח ישא באחריות וישלם תגמולי ביטוח בשל מקרה ביטוח הקשור במצבו הרפואי של מבוטח, וזאת גם אם המקרה היה נובע ממצב רפואי שהיה קיים לפני תחילת הביטוח ו/או במועד הצטרפותו. למען הסר ספק מובהר בזה כי המבטח יהיה אחראי וישלם תגמולי ביטוח בגין תביעה הקשורה בנייתו ו/או טיפול אשר הצורך בהם היה קיים אצל המבוטח לפני תאריך תחילת הביטוח ובלבד שהמבוטח צורך לתוכנית ביטוח זו ללא הצהרת בריאות לפי אחד מהתנאים הבאים:</p>	<p>4.1 מבוטחים המצטרפים לביטוח ללא הצהרת בריאות</p>
---	---

4.1.1 המבוטח ובני משפחתו הצטרפו לביטוח הקולקטיבי הקודם בהפניקס חברה לביטוח בע"מ ללא הצהרת בריאות.

4.1.2 מבוטח ובני משפחתו שיצטרפו לפוליסה זו תוך 60 יום ממועד שחרורו של העמית מצה"ל.

<p>4.2.1 עמית ו/או בן משפחתו הזכאי להתקבל לביטוח עפ"י פוליסה זו אשר לא הצטרפו לתוכנית הביטוח במועד המפורט בסעיף 4.1 לעיל, ו/או בן/בת זוגו של מבוטח שהינו ילד/ה של העמית יתקבל לביטוח בהתאם להצהרת בריאות שימלא ועפ"י הגבלות ותנאים של המבטח הנובעים ממצבו הבריאותי של המבוטח בתנאים המפורטים להלן: על מבוטחים המצטרפים לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות תחול תקופת אכשרה בת 60 יום.</p>	<p>4.2 מבוטחים המצטרפים לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות</p>
---	--

4.2.1.1 המבוטח הגיש למבטח בקשת הצטרפות אשר מולאה ונחתמה כנדרש.

4.2.1.2 המבטח לא הודיע בכתב על אי הסכמתו להצעת הביטוח תוך 14 ימי עסקים או המבטח הודיע על הסכמתו בתנאים או בסייגים ואז יתקבל המבוטח לביטוח בכפוף לסייגים ו/או התנאים.

4.2.1.3 מיום חתימת המועמד לביטוח על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליט המבטח על הסכמתו לעריכת הפוליסה, לא חל שינוי בבריאותו ומצבו הגופני של המועמד לביטוח, שהיו משפיעים על הסכמת המבטח או תנאי הסכמתו לבקשת הצטרפות אילו ידע עליהם.

4.2.1.4 עמית המבקש להצטרף שוב לביטוח לאחר שבוטל על ידו או עמית שלא הצטרף באחד מהמועדים הנזכרים בס"ק 4.1 לעיל, יוכל להתקבל לביטוח עפ"י פוליסה זו בכפוף להצהרת בריאות שימלא ועפ"י הסכמת המבטח לקבלו בהגבלות ותנאים של המבטח הנובעים ממצבו הבריאותי של העמית כמפורט בסעיף קטן זה. בנוסף, תחול על מבטח זה תקופת אכשרה בת 60 יום.

4.2.2 מצב רפואי קודם למבטחים המצטרפים לביטוח עפ"י סעיף 4.2:

המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם.

4.2.3 תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:

סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא:

פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

4.2.4 סייג של מצב רפואי מסויים למבטח מסויים:

על אף האמור בסעיף 4.2.3 סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסויים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבטח מסויים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסויים.

4.2.5 אי תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:

סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסויים הנזכר בהודעת המבטח.

למען הסר ספק יובהר כי האמור בסעיף 4.2 על סעיפי המשנה שבו יחול אך ורק על מבטחים שהצטרפו לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות. סעיף זה לא יחול על מבטחים שהצטרפו לביטוח במועדים הנזכרים בסעיף 4.1.

5 תגמולי הביטוח

5.1

המבטח יהיה זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי בלבד שזכאותו אינה שנויה במחלוקת והכל על פי תנאי הפוליסה. כתב ההתחייבות ינתן למבטח תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו עפ"י הפוליסה.

לחילופין יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתיאום מראש עם המבטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלם למבטח כנגד קבלות מקוריות. תשלום תגמולי הביטוח יבוצע תוך 14 ימי עבודה ממועד הגשת הגנת הקבלות המקוריות הנוגעות לאותה תביעה וקבלת המסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו עפ"י הפוליסה. בהעדר קבלות מקוריות - ר' הוראות סעיף 6.3 להלן.

<p>תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.</p>	<p>5.2</p>
<p>תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.</p>	<p>5.3</p>
<p>נפטר מבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה ישלם את היתרה לעיזבוננו של המבטח או ליורשיו על פי צו קיום צוואה או על פי צו ירושה.</p>	<p>5.4</p>
<p>המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.</p>	<p>5.5</p>
<p>היתה למבטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זאת למבטח מעת ששלם למבטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששלם ומבלי לפגוע בזכות המבטח לגבות תחילה מהצד השלישי שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקבל על פי פוליסה זו. קבל המבטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבטח, ועל התגמולים אותם קבל מן המבטח. המבטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור. למען הסר ספק, מובהר כי סכום השיפוי שיקבל המבטח מצד ג' ומהמבטח, שניהם ביחד, לא יעלה על התגמול המגיע לו עפ"י האמור בפוליסה זו בגין אותו מקרה ביטוח.</p>	<p>5.6</p>
<p>6 תביעות</p>	
<p>המבטח ישלם למבטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם אם נתקיימו כל אלה:</p>	
<p>המבטח הודיע מראש למבטח על מקרה הביטוח וקיבל אישור המבטח לחבותו על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבטח לקיום מקרה ביטוח ולחבותו, הוא תנאי מהותי לאחריות המבטח. העדר פניה של המבטח למבטח לקבל אישור מוקדם של המבטח כאמור, יכול לגרום להפחתה סכום תגמולי הביטוח עד לגובה סכום תגמולי הביטוח שהיה משלם המבטח לו הייתה נמסרת הודעה מראש, כל זה בכפוף לכך שלמבטח זכאות למקרה הביטוח.</p> <p>על אף האמור בסעיף זה, היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה הביטוח ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי ו/או ביצוע הניתוח.</p>	<p>6.1</p>

<p>המבוטח חתם על כתב ויתור סודיות רפואית ומסר למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתייחסים לתביעתו, ואת כל המסמכים הדרושים למבטח לברור תביעתו, והכל אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבוטח.</p>	<p>6.2</p>
<p>תשלום תגמולי ביטוח ישירות למבוטח מותנה בכך שהמבוטח המציא למבטח קבלות מקוריות המאשרות ביצוע תשלום בפועל על ידו. במקרה כאמור בסעיף 5.6 לעיל יהיה המבוטח רשאי להגיש למבטח העתקים מאושרים של הקבלות בציון הסכום ששולם ע"י המבוטח האחר. במקרה של הכיסוי בגין מקרה ביטוח ניתוח על דרך פיצוי, לא יידרשו מהמבוטח קבלות מקוריות.</p> <p>למרות האמור לעיל, במקרה והגיש המבוטח בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או במידה ואין באפשרות המבוטח להציג את הקבלות המקוריות יגיש העתק מסמך מקורי מאושר ויצוין את הגורם לו הגיש את המסמך המקורי בציון הסכום שתבע מהגורם האחר ובצרוף אסמכתא המעידה על הסכום שהתקבל מהגורם האחר או בצרוף תצהיר המבוטח המאמת למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם ואשר תעיד על העדר אפשרות אובייקטיבית שכזו.</p>	<p>6.3</p>
<p>המבוטח יהא זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה לשם בדיקת אמיתות העובדות המשמשות יסוד לתביעה, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמו, ובלבד שהבדיקה אינה מסכנת את המבוטח או עלולה לגרום לו נכות, ומקום ביצועה של הבדיקה יהיה במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח.</p>	<p>6.4</p>
<p>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 באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן שירותים.</p>	<p>6.5</p>
<p>מבוטח שזכאי לתגמולי ביטוח בגין תביעה במסגרת הביטוח בפוליסה זו לא יהא זכאי לתגמול גם במסגרת הפוליסה הקודמת, שפג תוקפה עם היכנס פוליסה זו לתוקף.</p>	<p>6.6</p>
<p>תביעות שלא הוגשו בתקופת הביטוח הקודמת ומוגשות בתקופת הביטוח בפוליסה זו, ידונו על פי הגדרות מקרה הביטוח בפוליסה זו בלבד.</p>	<p>6.7</p>
<p>7 ביטול ביטוחו של מבוטח מסוים ו/או ביטול פוליסה</p>	
<p>המבוטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה, למעט במקרים המצויינים בהסכם שבין בעל הפוליסה לבין המבוטח. ביטוחו של מבוטח מסוים אינו ניתן לביטול על ידי המבוטח אלא במקרים הבאים:</p> <p>7.1.1 המבוטח אינו משלם או לא שלם דמי ביטוח כסדרם. במקרה כנ"ל יבטל הביטוח על פי הוראת חוק הביטוח, ובתנאי שבעל הפוליסה קיבל הודעה מוקדמת על אי התשלום.</p> <p>7.1.2 עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהמבוטח את בירור חבותו או להכביד עליו, לא יהא המבוטח חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו הדבר.</p>	<p>7.1</p>

<p>7.1.3 לגבי מבטחים שהצטרפו לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות, במקרה של הפרת חובת הגילוי המוטלת על המבוטח עפ"י חוק ובתנאי שיש בעניין שלא הובא לידיעת המבטח בכדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לבטח את המבוטח עפ"י הפוליסה.</p>	
<p>ביטול על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח:</p> <p>7.2.1 המבוטח רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח על פי הפוליסה בהודעה בכתב למבטח בכל עת.</p> <p>7.2.2 ביטול הביטוח על ידי מבוטח שהינו עמית משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי מבוטח שהינו בן זוג של עמית ביטול הביטוח המתייחס לבן זוגו של עמית לא יהווה ביטול הפוליסה המתייחס למבוטח שהינו עמית, אלא אם בקש זאת העמית במפורש.</p> <p>7.2.3 בוטל ביטוחו של מבוטח מסוים שהינו עמית כאמור בסעיף 7.2.2 יהיה בן/בת הזוג רשאי/ת להמשיך את הביטוח באותם התנאים בהם היו מבטחים קודם לביטול הביטוח על ידי העמית, ובלבד שהודיעו על כך בכתב למבטח לא יאוחר מ-90 יום מיום ביטול הפוליסה, ויסדירו עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח המגיעים לו מהם. יובהר, כי על אף האמור בפוליסה זו, בעל הפוליסה לא יגבה את דמי הביטוח מבני זוג שהמשיכו להיות מבטחים כאמור בסעיף זה בעבור המבטח, אלא אם ניתנה לכך הסכמתו המפורשת של העמית אשר הפסיק להיות מבוטח, בכתב.</p> <p>7.2.4 ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה משמעו ביטול לגבי כל המבוטחים כאמור בסעיף 1.4.</p> <p>7.2.5 במקרה שתסתיים תקופת הביטוח מכל סיבה שהיא, יהיו רשאים המבוטחים באותה העת להמשיך להיות מבטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה זו, בתנאים ובתעריפים שהיו קיימים אצל המבטח באותו מועד ללא צורך בחיתום או בהצהרת בריאות בהתייחס לכיסויים החופפים שבין הביטוח הקבוצתי לביטוח הפרטי ובתנאי שהמבוטח הודיע לחברה על רצונו בהמשך הביטוח בתוך 60 יום ממועד תום תקופת הביטוח הקבוצתי ובלבד ש"צוות" לא התקשרה עם מבטח אחר בפוליסה לביטוח רפואי ו/או סיעודי קבוצתי.</p> <p>7.2.6 למען הסר ספק מובהר כי שאירים יוכלו להמשיך את הביטוח הקיים שלהם בו היו מבטחים קודם לפטירת העמית עפ"י ההסדר הכספי שיהיה בתוקף אצל המבטח.</p>	<p>7.2</p>

8 התיישנות

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

9 חוק הביטוח

הוראות חוק הביטוח יחולו על פוליסה זו בכל אותם עניינים אשר לא הוסדרו בפוליסה עצמה.

10 הודעות

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום. הודעה שתישלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

11 שינויים ברשימת נותני השירותים שבהסכם

<p>המבטח יהיה רשאי לעדכן מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם, ובתנאי שרשימת הרופאים שבהסכם לחברי "צוות" תהיה רשימת הרופאים למבוטחי פרט בחברת הביטוח</p>	11.1
<p>במקרה שבעל הפוליסה יבקש לצרף רופא לרשימת הרופאים שבהסכם לחברי "צוות", יעשה המבטח מאמצים להוספתו לרשימה, אולם אין באמור בכדי לחייב את המבטח לצרף רופא כלשהו לרשימת רופאים שבהסכם.</p>	11.2

12 וועדת ערר

<p>דחה המבטח תביעה שהוגשה על ידי מבוטח, יהיה המבוטח רשאי לפנות לוועדת הערר על מנת שזו תדון בתביעה מחדש. בפנייתו זו יפרט את המסמכים אותם מסר למבטח, ויעביר לוועדה כל חומר שיידרש על ידה. הפנייה תעשה לכתובת אשר תפורסם למבוטחים מעת לעת.</p>	12.1
<p>ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה. המבטח יעביר לוועדה את כל החומר הנוגע לתביעה והמצוי בידי, בין אם הועבר לידי המבוטח ובין אם הגיע לידי שלא באמצעות המבוטח.</p>	12.2
<p>החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.</p>	12.3
<p>וועדת הערר תורכב משני נציגים מטעם המבטח, ושני נציגים מטעמו של בעל הפוליסה. נציג אחד לפחות מטעמו של המבטח ונציג אחד לפחות מטעמו של בעל הפוליסה יהיה רופא.</p>	12.4
<p>וועדת הערר תתכנס על פי הצורך ולא יותר מחודש מיום קבלת הערעור. לא קבלה הוועדה החלטה בתביעה, בשל חילוקי דעות בין חבריה, ימנו חבריה רופא מומחה, ואם היתה בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה: "המומחה"). המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטת של המומחה תחשב לכל דבר ועניין כהחלטת וועדת הערר.</p>	12.5

13 הצמדה ושינוי פרמיה

<p>סכומי הביטוח הקובעים בפוליסה זו ודמי הביטוח שיש לשם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבוטח, הכל לפי העניין, יהיו צמודים למדד.</p>	13.1
<p>חישוב הצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני התשלום בפועל על ידי המבטח לגבי סכום הביטוח בקרות מקרה הביטוח, או המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.</p>	13.2
<p>המדד הבסיסי הינו מדד חודש מרץ 2017 שפורסם ביום 15.4.2017 ונכנס לתוקף ביום 1.5.2017 - 12218 נק'.</p>	13.3
<p>המבטח יהיה רשאי להתאים את הפרמיה כל שנה בהתאם להסכמה בין 2 הצדדים.</p>	13.4

בעל הפוליסה מצהיר כי עניין היותו בעל פוליסה הוא באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

15 כללי צירוף מבוטח עפ"י תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)(ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009

מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

<p>15.1.1 לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד.</p> <p>15.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.</p> <p>15.1.3 לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.</p>	<p>15.1</p>
<p>האמור בסעיף 15.1 לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:</p> <p>15.2.1 הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.</p> <p>15.2.2 חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוח לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוח" - שמירת הרצף לא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.</p>	<p>15.2</p>
<p>פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח לפי המוקדם.</p>	<p>15.3</p>
<p>16 מתן מסמכים למבוטח</p>	
<p>מבטח ימסור 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 שיורה עליהם המפקח; בתקנה זו, "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.</p>	<p>16.1</p>
<p>חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.</p>	<p>16.2</p>
<p>נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.</p>	<p>16.3</p>

17 מתן הודעות למבוטח בנושא שינויים בפרמיה, תנאי הכיסוי או גבייה מאוחרת

17.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; לעניין זה –

“שינוי בדמי הביטוח” – לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

“שינוי בתנאי הכיסוי הביטוח” – למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

17.2 חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור.

18 ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 15 לעיל והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי 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.

19 תקופת הביטוח בפוליסה

19.1 תקופת הביטוח תסתיים בתאריך ידוע מראש שיירשם בפוליסה בהתאם להראות סעיף 2 לעיל.

19.2 פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 19.1 ליל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

20 כפל ביטוח

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

20.2 בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, ישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

<p>למען הסר ספק מובהר בזה כי: 20.3.1 שולמו תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו, לא תהיה למבטח או לבעל הפוליסה עילת תביעה נוספת כלפי המבטח בפוליסה הקודמת, שפג תוקפה במועד כניסת פוליסה זו לתוקף. 20.3.2 במקרים בהם קיימות הגדרות שונות למקרה הביטוח לא תהיה למבטח הנוכחי בפוליסה זו עילת תביעה כלפי המבטח הקודם בפוליסה שפג תוקפה עם היכנס פוליסה זו לתוקף.</p>	<p>20.3</p>
---	-------------

21 שרות למבטחים

המבטח מתחייב לקיים מערך שירות ייעודי לצורך מידע ייעוץ והכוונה למבטחים כמפורט בכתב השירות המצורף.

22 מיסים והיטלים

<p>22.1 בעל הפוליסה או המבטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פרק זה ו/או המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים וההוצאות הקשורות בהמרה למטבע זר והעברתם לחו"ל שהמבטח חייב לשלם על פי הפוליסה, בין אם מיסים אלה קיימים ביום כניסת נספח זה לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר. 22.2 המבטח רשאי על פי שיקול דעתו הבלעדי לשלם את המיסים, ההיטלים וההוצאות כאמור או חלקם במקום המבטח ובמקרה זה יהיה הסכום בו נשא המבטח כאמור חלק מתגמולי הביטוח על פי פרק זה ובכפוף לתקרת השיפוי המירבי.</p>	<p>22.1</p>
---	-------------

פרק ב' - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל

1 מקרה הביטוח

<p>מקרה הביטוח הוא אחד מאלה: 1.1.1 ביצוע ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל לרבות כל ניתוח וטיפול אחר הדרושים להצלת חיי המבטח או שיפור איכות חייו ובכלל זה גם הצלת שמיעה וראיה ובלבד שהינם לצרכים מיוחדים ובתנאי שמתקיימים בניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל לפחות אחד מהתנאים הבאים: 1.1.1.1 הטיפול אינו בר ביצוע על ידי שירותי הרפואה בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל. 1.1.1.2 סיכויי ההצלחה (יילקח בחשבון הניסיון המצטבר) בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ. 1.1.1.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה וקיים סיכון לחיי המבטח. למען הסר ספק התנאים שצויינו בס"ק 1.1.1.1-1.1.1.3 אינם מצטברים. מועד הגשת התביעה הינו תאריך מקרה הביטוח לעניין פרק זה.</p>	<p>1.1</p>
---	------------

<p>1.1.2 ביצוע השתלה שהינה 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.</p> <p>ההשתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כנסיונית בישראל. במקרה בו ישתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.</p>	
<p>למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.</p>	1.2
<p>לא יכוסו טיפולים רפואיים (ניתוח, השתלה, טיפול תרופתי, טיפול רפואי כלשהו) אשר אינם מאושרים על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או על ידי ה-FDA ו/או על ידי הרשויות המוסמכות במדינות האיחוד האירופי, קנדה, אוסטרליה, לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.</p>	1.3
2 סכום הביטוח	
<p>סכום השיפוי המרבי עבור מקרה ביטוח של השתלת איבר הינו בסך 4,650,000 ש"ח.</p>	2.1
<p>סכום השיפוי המרבי עבור מקרה ביטוח של ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל הינו 1,240,000 ש"ח.</p>	2.2
<p>המוטב יהיה זכאי לאחר ביצוע טיפול רפואי כמפורט בסעיף 1.1.2 לעיל לפיצוי מיוחד נוסף כלהלן:</p> <p>2.3.1 24 גמלאות בסך 5,685 ש"ח לחודש לאחר ביצוע השתלה.</p> <p>2.3.2 למען הסר ספק הגמלה תשולם למבוטח גם אם ההשתלה בוצעה בארץ; ו/או אם המבוטח לא קיבל תגמולי ביטוח מהמבוטח בגין השתלה שבוצעה המכוסה עפ"י פוליסה זו.</p> <p>2.3.3 נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא הגמלאות כאמור בסעיף 2.3.1 תשולם היתרה למוטבים.</p>	2.3
3 תגמולי הביטוח	
<p>המבוטח ישפה את המוטב בגין ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עקב קרות מקרה הביטוח, אך לא יותר מסכום הביטוח כמפורט בסעיף 2 לעיל, על פי הקטגוריות כדלקמן:</p> <p>3.1.1 הוצאות לרכישת כרטיסי טיסה למבוטח ולמלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, לרבות הטסה בשכיבה, הנדרשת עקב מצבו הרפואי של המוטב, וכן לרבות הוצאות הטסת ציוד וליווי רפואי הכרחי עקב מצבו הרפואי של המבוטח</p> <p>3.1.2 הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח.</p>	3.1

3.1.3 הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של המבוטח ומלווה בארץ הטיפול בהיותם בהמתנה לביצוע הטיפול הרפואי או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינה רפואית, וכן הוצאות מגורים של המלווה בתקופת אשפוזו של המבוטח הוצאות המגורים והכלכלה הסבירות למבוטח ולמלווה ביחד לא יעלו על 20% מסכום השיפוי המרבי. "הוצאות מגורים" – הוצאות לינה במלון (ללא ארוחות, משקאות ושירותים נוספים) או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים או שכירת דירה המתאימה למגורי המבוטח ומלווה, ובתוספת הוצאות החלות על שוכר דירה (גז, חשמל, מים), אשר המבוטח יידרש לשאת בהן "הוצאות כלכלה" – הוצאות שהוציאו המבוטח ו/או מלווהו עבור אוכל ושתיה, אשר לא יעלו, שניהם ביחד, על סך 5,200 ש"ח לכל חודש של שהייה, או החלק היחסי המתאים לתקופה קצרה מחודש.

3.1.4 הוצאות אשפוזו של המבוטח והטיפול הרפואי בו עד 45 יום לפני ביצוע ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 210 יום לאחר ביצועם לרבות שכר רופאים, אחיות, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, תרופות, תותבות, הוצאות הכרוכות בהשתלת איברים, ובכלל זה איתורם, העברתם ושימורם, הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבוטח להוציא בחו"ל על פי הוראה רפואית. מובהר בזאת במפורש כי כל ההוצאות הנזכרות לעיל הן הוצאות ישירות לביצוע הטיפול הרפואי שאושר וטיפולים הכרוכים בו והמבטח לא יהיה אחראי ולא ישפה את המבוטח עבור הוצאות רפואיות בגין טיפולים אחרים וגם לא עבור הוצאות טיפול שיניים, שאינם נובעים ישירות מן הטיפול הרפואי שאושר ו/או חיוניים לביצוע.

3.1.5 שכר ייעוץ והוצאות הכרוכות בהטסת מומחה רפואי מחו"ל לישראל ובחזרה לייעוץ ו/או טיפול רפואי למבוטח אשר לא ניתן להעבירו לביצוע הטיפול הרפואי לחו"ל על סך של 120,000 ש"ח.

3.1.6 הוצאות רפואיות בלבד הנדרשות עבור המשך טיפול בחו"ל, הנובע ישירות מהטיפול הרפואי בחו"ל ואינו ניתן לביצוע בארץ.

3.1.7 הוצאות הטסת גופתו של המבוטח במקרה מותו חו"ל בעת שהייתו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול הרפואי. מובהר בזאת כי לא יכוסו ההוצאות בישראל הקשורות בהבאת הגופה.

המבטח יהיה רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את ההוצאות הרפואיות, כולן או חלקן, ישירות למי שביצע בחו"ל את הטיפול הרפואי במבוטח או לשלמן לידי המוטב. המוטב זכאי לקבל מהמבטח מקדמות או התחייבות כספית, שיאפשרו לו קבלת הטיפול הרפואי, ובלבד שזכאותו של המבוטח על פי חוזה הביטוח אינה שנויה במחלוקת. **בכיסוי טיפול ו/או ניתוח רפואי בחו"ל על המבוטח להודיע למבטח מראש על מקרה הביטוח ולקבל אישורו מראש לחבותו עפ"י פוליסה זו.**

3.2

4 פיצוי במקרה של השתלה שבוצעה ללא מעורבות החברה

4.1	במקרה בו בחר המבוטח לבצע השתלת לב, ריאה, לבלב, כליה, כבד בחו"ל המכוסה עפ"י תנאי פוליסה זו, ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה, ישולם למוטב פיצוי חד פעמי בסך השווה בש"ח ל-240,000 ש"ח.
4.2	מובהר בזאת, מבוטח שקיבל פיצוי עפ"י סעיף זה לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים הקשורים להשתלה המפורטים בסעיף 3 לעיל. למען הסר ספק, מבוטח זה יהיה זכאי לגמלה עפ"י סעיף 2.3 לעיל בנוסף לפיצוי המשולם עפ"י סעיף זה.
4.3	תשלום הפיצוי עפ"י סעיף זה יבוצע כנגד המצאת אישורים רפואיים המעידים על ביצוע ההשתלה בפועל.

5 פיצוי מיוחד בגין הצורך בהשתלה (מחלה קשה)

5.1	במקרה בו המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח בגין השתלה על פי האמור בפרק ב' לפוליסת הביטוח, ובחר המבוטח לוותר על כל תגמולי הביטוח האלה בלי יוצא מן הכלל, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה 360,000 ש"ח (שלוש מאות ושישים אלף ש"ח) בגין הצורך בהשתלה.
5.2	כל זאת בתנאי שהמבוטח הגיש תביעה לחברה בגין הצורך בהשתלה ובכפוף להמצאת אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר.
5.3	למען הסר ספק יודגש כי פיצוי זה יבוא במקום כל תגמול אחר בגין השתלה לרבות הקיצבה המשולמת בגין ביצוע השתלה על פי סעיף 2.3 לפרק ב' בפוליסה.

6 קביעת הזכאות למקרה הביטוח

6.1	השתלה	הצורך בהשתלה כאמור בפרק זה ייקבע על ידי שני רופאים מקצועיים בתחום הרלוונטי, אליהם יפנה המבוטח, לפי בחירתו.
6.2	ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל	הצורך בניתוח ו/או טיפול מיוחד בחו"ל כאמור בפרק זה ייקבע על ידי שני רופאים מקצועיים בתחום הרלוונטי, אליהם יפנה המבוטח, לפי בחירתו.
6.3		במקרה של מחלוקת בנושא הצורך בניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל בין קביעת רופא המבטח לבין קביעת הרופאים המקצועיים תועבר ההכרעה לרופא בורר מוסכם ע"י המבטח ובעל הפוליסה.

7 הוראות מיוחדות בדבר כיסוי להשתלות על פי חוזר המפקח על הביטוח 1-1-2009

בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, תיבחנה הוראות החוק (חוק השתלת האיברים, תשס"ח-2008) ובכלל זה התקיימות התנאים הבאים:

א	נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
ב	מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

1 הגדרות	
1.1 תרופה	<p>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>
1.2 טיפול תרופתי	<p>נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך, בכל מקום בו שווה המבוטח לצורך קבלת התרופה, לרבות:</p> <p>1.2.1 במהלך אשפוז בבית חולים כללי ובתנאי שביית החולים אינו מחויב במתן התרופה על פי דין.</p> <p>1.2.2 במהלך אשפוז בבית חולים פרטי.</p> <p>1.2.3 במהלך טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.</p> <p>1.2.4 במהלך טיפול הניתן במסגרת מרפאות.</p> <p>לעניין זה, המרשם יינתן בידי רופא בית חולים או בידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי לפי בחירת המבוטח.</p>
1.3 מדינות מוכרות	<p>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 (EMA).</p>
1.4 תרופה גנרית	<p>תרופה שהיא זהה לתרופה הרשומה בפנקס התכשירים הרשומים בחומר הפעיל שבה, בצורתה, בחוזקה, באופן לקיחתה, בפעילותה הרפואית ובזמינותה הביולוגית ואשר אושרה על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות ואשר הגנת הפטנט עליה פגה.</p> <p>לעניין סעיף זה, "זמינות ביולוגית", "פנקס התכשירים הרשומים" - כהגדרתם בפקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981.</p>
1.5 תקופת שיפוי מירבית	<p>תקופה מירבית לתשלום בגין התרופה.</p>
1.6 רופא מומחה	<p>רופא אשר הוכר כמומחה על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.</p>
1.7 מרשם	<p>מסמך רפואי חתום על ידי רופא בית חולים או רופא מומחה בתחום הרלוונטי לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם. לעניין זה, כל קבלת מרשם חדש תחשב כמקרה ביטוח חדש כהגדרתו בסעיף 2 להלן.</p> <p>ניתן מרשם כאמור, רכישת התרופה תעשה עבור חודש אחד בלבד בכל רכישה</p>
1.8 סכום שיפוי מירבי	<p>גובה תגמולי הביטוח המירביים שישלם המבטח בגין תרופה ו/או תרופות במהלך תקופת הביטוח.</p>
1.9 מחיר מירבי מאושר	<p>הסכום המירבי המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל לגבייה בגין תרופה והמשתנה מעת לעת.</p>

1.10	סף תשלום תגמולי ביטוח	סכום כספי כמצוין בסעיף 3, המהווה סיכום הוצאות בגין הטיפול התרופתי אשר שולם בפועל ע"י המבוטח והמהווה סף אשר רק מעבר לו יחל המבוטח לשאת בחבותו על פי נספח זה.
1.11	ביטוח יסודי	כאמור בדף הרשימה (לעיל ולהלן: "ביטוח יסודי" או "פוליסה").
1.12	חוק ביטוח בריאות ממלכתי	חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 או כל חוק אשר יחליף אותו.
1.13	סל שירותי הבריאות	מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994, או כל חוק אשר יחליף אותו או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה למבוטחיה (להלן: "הסל") למעט מחויבות במסגרת תוכנית השב"ן.
1.14	בית מרקחת	מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").
1.15	ישראל	מדינת ישראל הריבונית, לרבות יהודה שומרון וחבל עזה (להוציא שטחי הרשות הפלסטינית).
1.16	חו"ל	כל מדינה מחוץ לישראל.
1.17	תרופה ניסיונית	היא אחד או יותר מהבאים: 1.17.1 תרופה שטרם אושרה לשימוש כלשהו באחת מהמדינות המוכרות. 1.17.2 תרופה שאושרה לשימוש כלשהו באחת מהמדינות המוכרות אך השפעותיה והשלכותיה הישירות והצולבות על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות ומכל מקום המתווה הטיפולי המבוקש (לרבות מינון התרופה) אינו נתמך על פי קריטריונים רפואיים מקובלים ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, למעט אם עונה להגדרה בסעיף 2.3 להלן לעניין תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL בלבד. 1.17.3 תרופה הנמצאת בהליך ניסוי קליני בבני אדם וללא קשר לרמת הצלחת הניסוי ו/או לשלב בו נמצא הניסוי למעט אם עונה להגדרה בסעיף 2.3 להלן לעניין תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL בלבד.
1.18	טיפול ניסיוני	טיפול תרופתי שאין עליו עדות בספרות המקצועית הרפואית ואשר לא אושר כבלתי ניסיוני על ידי לפחות שני רופאים מומחים בתחום הרלוונטי בדרגת מנהלי מחלקה בבית חולים בישראל, שאינם הרופאים של המבוטח.
1.19	ספק הסכם	בית מרקחת ו/או כל גוף אחר עימו קשור או יתקשר המבוטח בהסכם לאספקת תרופות.
1.20	תכשיר מזון רפואי	תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית ואשר רשום בפנקס התכשירים הרשומים - כהגדרתו בפקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981.
1.21	ויטמינים	תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום ואשר קיבלה את אישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות כתכשיר מזון רפואי.

<p>תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, שנועדה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר מביאה, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאה רפואית דומה לזו של התרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בסעיפים 3.1.1-3.1.3 להלן, ובלבד שהטיפול התרופתי בתרופה זו אינו כרוך בתוצאות חמורות יותר למבוטח, ביחס לתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בסעיפים 3.1.1-3.1.3 להלן: לעניין זה, "תוצאות חמורות יותר" - תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול התרופתי, לרבות פגיעה באיכות או בשגרת חייו של המבוטח, למעט שינוי הנוגע לתדירות נטילת התרופה דרך הפה.</p>	<p>1.2.2 תרופה חלופית</p>
---	----------------------------------

2 מקרה הביטוח
מקרה הביטוח הוא טיפול תרופתי באמצעות אחד מאלה:

<p>תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות וכל עוד אינה כלולה בסל זה ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.</p>	<p>2.1</p>
--	-------------------

<p>תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובתנאי השימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אושר בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.</p>	<p>2.2</p>
--	-------------------

<p>תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:</p> <p>2.3.1 פרסומי ה-FDA.</p> <p>2.3.2 American Hospital Formulary Service Drug Information</p> <p>2.3.3 US Pharmacopoeia-Drug Information</p> <p>2.3.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):</p> <p>2.3.4.1 עוצמת ההמלצה (Strength OF Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II a.</p> <p>2.3.4.2 חוזק הראיות (Strength OF Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.</p> <p>2.3.4.3 יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או II a.</p> <p>2.3.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:</p> <p>2.3.5.1 NCCN</p> <p>2.3.5.2 ASCO</p> <p>2.3.5.3 NICE</p> <p>2.3.5.4 ESMO Minimal Recommendation</p>	<p>2.3 תרופה - OFF LABEL</p>
--	-------------------------------------

2.4	תרופת יתום	התרופה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח כ"תרופת יתום" עפ"י הקריטריונים שנהוגים ב-E.M.E.A או ה-F.D.A.
2.5		תרופה אשר מכוסה בסעיפים 2.1 עד 2.3 לעיל גם אם יש לה תרופה חלופית בסל שירותי הבריאות.
2.6		למען הסר ספק: כל מרשם חדש הינו מקרה ביטוח חדש
3	הכיסוי	
3.1	סכום השיפוי המירבי	סכום השיפוי המירבי שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי נספח זה יהיה 1,034,000 ש"ח (מיליון ושלושים וארבעה אלף ש"ח). סכום השיפוי המירבי הוא לכל תקופות הביטוח וכולל את הסכומים ששולמו בעבר על פי הכיסוי בפוליסה הקודמת, שתוקפה פג עם היכנס פוליסה זו לתוקף.
3.2	השתתפות עצמית וסף תגמולי ביטוח	<p>3.2.1 המבטח ישפה את המבוטח עבור הוצאות תרופות שעלות כל אחת מהם בפועל, לתקופה של חודש, עולה על 250 ש"ח. למען הסר ספק, בגין תרופה שעלותה בפועל פחותה מ-250 ש"ח לחודש לא יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח עפ"י נספח זה.</p> <p>3.2.2 בנוסף לאמור בסעיף 3.2.1 לעיל, היה אם בעת התאריך הנקוב במרשם ו/או בעת הבקשה מהמבטח לאישור רכישת התרופה, תהיה קיימת בסל תרופה גנרית כהגדרתה בסעיף 1.4, ישלם המבטח אך ורק הוצאות בפועל מעל לשיעור השתתפות עצמית בגובה 20% לתרופה.</p> <p>3.2.3 רכישת התרופה תעשה באמצעות ספקי הסכם של החברה ובהפניית המבוטח אליהם. רכש המבוטח תרופה שלא באמצעות ספקי הסכם של המבטח יהיה זכאי המבוטח לשיפוי אך ורק בגין הוצאות בפועל מעל לשיעור השתתפות עצמית בגובה 20% לתרופה.</p> <p>3.2.3.1 ההשתתפות העצמית לעיל תחושב מההוצאה בפועל או מהמחיר המירבי המאושר על ידי משרד הבריאות, הנמוך מהשניים.</p> <p>3.2.3.2 המבוטח לא יידרש להשתתפות העצמית לעיל במקרה שרכישת התרופה תעשה בנסיבות דחופות שאינן תלויות במבוטח ושבגללן לא יכול היה לרכוש את התרופה באמצעות נותן השירות של המבטח או במקרה בו אושרה רכישת התרופה שלא באמצעות ספקי הסכם.</p> <p>3.2.3.3 הדרישה להספקת תרופה על ידי ספקי הסכם תהיה של התרופה המבוקשת במירשם ולא תרופה דומה.</p> <p>3.2.3.4 במקרה בו מיקומו של ספק ההסכם או זמינותו יגרמו לפגיעה באספקת התרופה למבוטח באופן שיסכן את הטיפול הרפואי בו, יאשר המבטח את רכישת התרופה שלא באמצעות ספקי הסכם וללא השתתפות עצמית אך בכפוף לאמור בסעיף 3.2.1 לעיל.</p>

<p>3.2.4 בכפוף לאמור בסעיף 3.1 ו-3.2 לעיל, סכום השיפוי המירבי לתרופה לא יעלה על המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מירבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום השיפוי המירבי, על פי הסכום המירבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. במקרה שלתרופה אין מחיר מירבי מאושר בהולנד, יקבע סכום השיפוי המירבי לפי המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה באנגליה, במחירי דולר ארה"ב. במקרה שלתרופה אין מחיר מירבי מאושר באנגליה יקבע סכום השיפוי המירבי לתרופה לפי הסכום המירבי המאושר לאותה תרופה באחת המדינות המוכרות, הנמוך מביניהן, במחירי דולר ארה"ב.</p>	
<p>3.3.1 המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח על פי נספח זה בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל למעלה מ-180 יום רצופים.</p> <p>3.3.2 נספח זה אינו מכסה מבוטח ששוהה בחו"ל מעבר לתקופה האמורה, כל עוד נמצא המבוטח בחו"ל.</p> <p>3.3.3 חזר מבוטח לגבולות המדינה ויוכיח זכאותו לתגמולים, המבטח ישלם לו תגמולי ביטוח החל ממועד שובו לישראל, עפ"י תנאי הפוליסה ולא יותר מסכום השיפוי המירבי לביטוח הנקוב בנספח זה.</p>	<p>3.3 הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל</p>
<p>המבוטח יפנה לקבלת אישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. למען הסר ספק יובהר כי זהו תנאי מהותי, בכפוף לכל דין. ראה לעניין זה הוראות סעיף 6.1 לפרק א'.</p>	<p>3.4 חובת קבלת אישור לרכישת תרופה</p>
<p>4 החזר ההוצאות</p>	
<p>למען הסר ספק, מודגש בזה כי כל ההוצאות בגין עלויות הטיפול יוכרו וישולמו ע"י המבטח אך ורק כנגד קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד. צילומים או העתקים, גם אם אושרו כתואמים וכנאמנים למקור, לא יוכרו לצורך תשלום תגמולי הביטוח. מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל, בלבד. למרות האמור לעיל, במקרה והגיש המבוטח בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש העתק קבלה מאושר ויצוין את הגורם לו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע ובצירוף אישור מהגורם האחר על הסכום ששולם לו.</p>	<p>4.1 החזר הוצאות בפועל</p>
<p>לא יינתן שיפוי במסגרת נספח זה בגין תשלומים עבור תרופות שעדיין לא סופקו בפועל למבוטח.</p>	<p>4.2</p>
<p>5 סייגים וחריגים לאחריות המבטח</p>	
<p>המבטח יהיה פטור מחבותו על פי נספח ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות ו/או אם התרופה ו/או אם הטיפול התרופתי כוללים אחד מהבאים:</p>	
<p>המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב מעשה או מחדל של ספק התרופה ו/או בית המרקחת ו/או יצרן התרופה ו/או עקב מעשה או מחדל במהלך הטיפול התרופתי.</p>	<p>5.1</p>

5.2	תסמונת הכשל החיסוני אידס (AIDS) או מצבים רפואיים המיוחסים ו/או קשורים ו/או נובעים מאידס, ו/או הנובעים מהווירוס המחולל איידס.
5.3	שמקרה הביטוח נובע ו/או קשור לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות ו/או טיפולים נגד עקרות.
5.4	טיפול ניסיוני ו/או תרופה ניסיונית.
5.5	תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים.
5.6	תרופות לטיפולים במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
5.7	תרופות לטיפול בבעיות שיניים וחניכיים למיניהן.
5.8	טיפול תרופתי מונע במסגרת שירותי רפואה מונעת, חיסונים.
5.9	תרופות לטיפול בבעיות משקל.
5.10	שתל ו/או אביזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה.
5.11	אביזר מצופה תרופה.
5.12	ויטמינים ותכשירי מזון רפואי שאינם עונים להגדרת תרופה בסעיף 2 לנספח זה.
5.13	טיפולים ותרופות למטרות מחקר.
5.14	טיפולים ותרופות הומיאופתיים.
5.15	תרופות לטיפול באין אונות.
5.16	שירותו של המבוטח בצה"ל, משטרה, כוחות ביטחון של מדינת ישראל, אם המבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול רפואי מגורם ממשלתי.
5.17	טיפול ו/או שירות רפואי הנדרש עקב מום ו/או מחלה מלידה לרבות מחלות תורשתיות בכפוף לסעיף 4 בפרק א' - הוראות ותנאים כלליים.
5.18	מקרה ביטוח הנובע מאלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים שהשימוש בהם אסור על פי החוק.
5.19	ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו.
5.20	חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
6 התביעה	
בנוסף לאמור בסעיף 6 - תביעות שבפרק א' יחולו גם התנאים שלהלן:	
6.1	במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי הביטוח, על המבוטח להודיע על כך מיידית למבטח בכתב.

פרק ד' - ניתוחים

1 מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח. מועד קרות מקרה הביטוח הוא מועד בו נקבע לראשונה על ידי רופא הצורך בניתוח.

2 סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאותיו לכל הניתוחים בארץ ובחו"ל **בניכוי השתתפות עצמית** על פי התנאים כדלקמן:

2.1.1 בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי נותן שירות שבהסכם לא תחול תקרת שיפוי.

2.1.2 בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח שאינו בהסכם, עפ"י בחירת המבוטח, תהיה תקרת שיפוי לשכר המנתח בגובה של 120% ממחירון הפניקס למנתח שבהסדר על פי המפורט לאותו ניתוח המפורסם באתר הפניקס www.fnx.co.il.

2.1.3 בגין ניתוחים בחו"ל, שאינם נכללים בפרק ב' לעיל, תקרת השיפוי עבור הניתוח תהיה 150% מעלות הניתוח בארץ על פי מחירון הפניקס לאותו ניתוח המפורסם באתר הפניקס www.fnx.co.il.

2.1.4 גובה ההשתתפות העצמית בכל אחד מהמקרים המפורטים בסעיפים 2.1.1, 2.1.2 ו-2.1.3 לעיל יהיה עפ"י הטבלה בנספח א' לפוליסה. גובה ההשתתפות העצמית במקרה של ניתוחים שאינם מופיעים בטבלה בנספח א' לפוליסה יהא 20% מעלות מהניתוח כמפורסם באתר האינטרנט של המבטח ובכל מקרה לא יותר מ-6,000 ש"ח לניתוח.

2.1

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לשירותים הרפואיים שלהלן, אותם קיבל המבוטח עקב צורך רפואי בתוך תקופת הביטוח, ובלבד שסכום תגמולי הביטוח בגין שירות רפואי מסוים לא יעלה על הסכום הנקוב לצד השירות, אם פורט סכום מרבי בגין אותו שירות.

2.2

2.2.1 שירותי ניתוח ואשפוז:

2.2.1.1 שכר מנתח פרטי.

2.2.1.2 שכר רופא מרדים.

2.2.1.3 הוצאות חדר ניתוח.

2.2.1.4 הוצאות אשפוז בבית חולים, לרבות הוצאות שהייה בבית החולים בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות.

2.2.1.5 בדיקה פתולוגית.

2.2.1.6 תותבת - עד סכום של 20,700 ₪ למעט עדשה רפואית בניתוחי קטרקט. סכום השיפוי בגין עדשה יהיה עד לסך של 1,570 ₪.

2.2.2 שירותים נלווים

2.2.2.1 שירותי סיוע בעת שהותו של המבוטח בביה"ח ועד 570 ₪ לכל יום אישפוז ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אישפוז.

<p>2.2.2.2 שירותי הסעה באמבולנס לצורך העברתו של המבוטח לבית החולים וממנו בקשר עם ביצוע הניתוח, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום.</p> <p>2.2.2.3 פגישת התייעצות אחת עם מבצע הניתוח ותקרת שיפוי עד 800 ₪.</p> <p>2.2.2.4 חוות דעת נוספת לפני ניתוח אצל מנתח אחר תקרת שיפוי עד 800 ₪.</p> <p>2.2.2.5 חוות דעת שנייה אצל פתולוג מומחה.</p>	
--	--

3 פיצוי בגין ביצוע ניתוח ללא מעורבות המבטח בבי"ח ציבורי

<p>3.1 בחר המבוטח לבצע ניתוח אלקטיבי בבי"ח ציבורי והוצאותיו כוסו במלואן ע"י קופת החולים בה הוא חבר, ישלם המבטח למבוטח פיצוי בסך של 900 ₪ לכל יום אשפוז - החל מיום ביצוע הניתוח ועד יום השחרור (לא כולל) ולמשך תקופה שלא תעלה על עשרים ואחד (21) ימים.</p>	3.1
<p>3.2 במקרה של ניתוח חירום (לא אלקטיבי) המבוצע בבי"ח ציבורי שהוצאותיו כוסו ע"י קופת חולים ישלם המבטח למבוטח פיצוי בסך של 550 ₪ לכל יום אשפוז - החל מיום ביצוע ועד יום השחרור (לא כולל) ולמשך תקופה שלא תעלה על עשרים ואחד (21) יום.</p>	3.2
<p>3.3 אין באמור בסעיף זה כדי לפגוע בזכותו של המבוטח לתשלום תגמולי ביטוח עבור שירותים נלווים לפי האמור בסעיף 2.2.2 לעיל.</p>	3.3

4 פיצוי בגין טופס התחייבות לבי"ח פרטי מטעם קופת חולים / ביטוח פרטי אחר

<p>4.1 המציא המבוטח לבית חולים פרטי טופס התחייבות מטעם קופת החולים בה חבר המבוטח או ביטוח פרטי אחר לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבי"ח זה והמבטח לא נשא בתשלום תגמולי ביטוח עבור אחד או יותר מהשירותים הרפואיים המפורטים בסעיף 2, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי בסכום השווה ל-25% מעלותו של הניתוח על פי המפורט באתר האינטרנט של המבטח (פיצוי זה כולל בתוכו גם את החזר ההשתתפות העצמית ששולם במסגרת ההתחייבות של קופת החולים) וכמו כן לא יחוייב בהשתתפות עצמית על פי פוליסה זו כמפורט בסעיף 2.1.4.</p>	4.1
<p>4.2 השתתפה קופת חולים בה חבר המבוטח בכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית חולים זה, והמבטח נשא בתשלום תגמולי ביטוח עבור אחד או יותר מהשירותים הרפואיים המפורטים בסעיף 2 לא יהיה זכאי המבוטח לפיצוי בגין הטופס אך לא יחוייב בהשתתפות עצמית על פי פוליסה זו כמפורט בסעיף 2.1.4.</p> <p>המבוטח יהיה זכאי להחזר בגין ההשתתפות העצמית ששולם במסגרת קופת החולים.</p>	4.2

5 החלמה לאחר ניתוח

<p>5.1 בוצעו במבוטח ניתוח לב או ניתוח מוח או ניתוח גב ישתתף המבטח בהוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח עד לסך של 480 ש"ח לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על ארבעה עשר (14) ימי החלמה בבית החלמה, המוכר ככזה על ידי נותן שירותים או רשות מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי.</p>	5.1
--	-----

<p>בוצע במבטח ניתוח שלא כאמור בסעיף 1 אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים תקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים - ישתתף המבטח בהוצאות ההחלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע עד לסך 480 ש"ח לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי החלמה בבית החלמה מוכר כאמור לעיל. הכיסוי מותנה בכך שהצורך בהחלמה נקבע עפ"י שיקולים רפואיים וע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי.</p>	<p>5.2</p>
---	------------

6 הגבלות לאחריות המבטח לפי פרק זה

המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה בכל אחד מן המקרים הבאים:

<p>הניתוח נועד למטרה אסתטית או קוסמטית, ללא אינדיקציה רפואית מובהקת, כולל ניתוח לתיקון קוצר ראייה, קיצור מעיים או קיבה שנועדו למטרה אסתטית או קוסמטית, ללא אינדיקציה רפואית מובהקת כאמור, ולמעט שיקום של לאחר ניתוח כריתת שד ושיקום פנים לאחר ניתוחים ו/או מקרי טראומה.</p>	<p>6.1</p>
<p>ניתוחים הנחשבים לניסיוניים במקום ביצועם ו/או ניתוחים הדורשים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.</p>	<p>6.2</p>
<p>בדיקות מעבדה, אולטרסאונד, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים, או אונקולוגיים, טיפול היפותרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה ופעילות הדמייה, כגון: MRI ו-CT, והכל כאשר אלה אינם חלק ממהלך הניתוח, הזרקות למיניהן אלא אם נכללו במפורש בכיסוי.</p>	<p>6.3</p>
<p>בדיקות פולשניות שנועדו למטרות סקר, ו/או תקופתיות ואין להן אינדיקציה רפואית מובהקת.</p>	<p>6.4</p>
<p>ניתוחי שיניים או חניכיים.</p>	<p>6.5</p>

פרק ה' - שירותים רפואיים נוספים

1 התייעצות עם רופא מומחה

<p>מקרה הביטוח הוא התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית שבתחום מומחיותו למעט רופא משפחה ורופא ילדים ברפואה ראשונית.</p>	<p>1.1</p>
<p>במקרה בו המבטח התייעץ עם רופא מומחה שבהסכם עם המבטח, ו/או הפועל מטעם נותן שירות שבהסכם, ישפה המבטח את המבטח בעבור מלוא דמי התייעצות הנ"ל, בניכוי השתתפות עצמית של 155 ש"ח. סכום השיפוי המרבי בגין סעיף זה לא יעלה על 910 ש"ח.</p>	<p>1.2</p>
<p>במקרה בו התייעץ המבטח עם רופא מומחה אחר יחזיר המבטח למבטח סכום השווה ל-80% משכר התייעצות. סכום השיפוי המרבי בגין סעיף זה לא יעלה על 640 ש"ח.</p>	<p>1.3</p>
<p>המבטח יהיה זכאי לעד שלוש התייעצויות במשך כל שנת ביטוח.</p>	<p>1.4</p>

בנוסף לאמור בסעיף 1 לעיל, ובסעיפים 2.2.2.4 ו-2.2.2.5 בפרק ד', המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח לתשלום בעבור קבלת חוות דעת רפואית נוספת על ידי רופאים מומחים בחו"ל, ממרכזים רפואיים המאושרים על ידי המבטח ובעל הפוליסה. תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל עם נותן חוות הדעת בחו"ל. חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישור המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור. המבטח ישפה את המבוטח בגין התייעצות כאמור בשיעור של 75% מן הסכום אותו שלם המבוטח בפועל בעבורה, ועד לשיפוי מרבי בסך 6,400 ש"ח.

3 רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי

<p>המבטח ישפה את המבוטח בגין ייעוץ דיאטטי ובגין שירותי רפואה משלימה כמפורט להלן:</p> <p>3.1.1 הומיאופטיה.</p> <p>3.1.2 אקופונקטורה.</p> <p>3.1.3 כירופרקטיקה.</p> <p>3.1.4 אוסטיאופטיה.</p> <p>3.1.5 רפלקסולוגיה.</p> <p>3.1.6 שיאצו.</p> <p>3.1.7 שיטת פלדנקרייז.</p> <p>3.1.8 ביו-פידבק.</p> <p>3.1.9 נטורופתיה/טווינא.</p> <p>3.1.10 הרבולוגיה.</p> <p>3.1.11 שיטת פאולה.</p> <p>3.1.12 שיטת אלכסנדר.</p> <p>3.1.13 הידרותרפיה.</p> <p>3.1.14 פיזיותרפיה</p>	<p>3.1</p>
<p>סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח לא יעלה על 60% מההוצאה בפועל ועד - 125 ש"ח לטיפול או להתייעצות, המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח.</p> <p>על אף האמור לעיל, ביצע המבוטח את הטיפולים דרך השב"ן של קופ"ח יהיה זכאי להחזר של 80% מההוצאה בפועל ועד תקרה של 125 ש"ח לטיפול.</p>	<p>3.2</p>
<p>לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולים עתידיים.</p>	<p>3.3</p>
<p>קבלת שירותי הרפואה המשלימה כפופה לתנאי הבא: אבחון ע"י רופא העוסק בתחום הספציפי שבגינו פנה המבוטח לטיפול.</p>	<p>3.4</p>
<p>השירותים יינתנו ע"י נותני השירות המאושרים ע"י המבטח ובעל הפוליסה.</p>	<p>3.5</p>

3.6	המבטח לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים: 3.6.1 היפנוזה, היפנוטרפיה. 3.6.2 טיפולים ו/או ייעוץ לצורך הרזיה שאינה צורך רפואי ברור ועל פי המלצה רפואית. 3.6.3 טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו'). 3.6.4 טיפולים ו/או ייעוץ שאינם כלולים בסעיף 3.1.
-----	--

4 התעמלות שיקומית

המבטח ישפה את המבוטח עבור הוצאות בגין התעמלות שיקומית עקב אירוע לב או אירוע רפואי אחר המהווה מקרה ביטוח או הכרוך במקרה ביטוח, והמצריך התעמלות שיקומית על פי הפנייה מפורשת מרופא מומחה, בשיעור של 75% מההוצאות אותן הוציא בפועל סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח לא יעלה על 190 ₪ לחודש ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

5 מנוי למשדר קרדילוגי

המבטח ישפה את המבוטח בגובה 75% מהוצאות בפועל עבור דמי מנוי לשרות משדר קרדילוגי עד לסכום שיפוי מרבי בסך 195 ₪ לחודש לתקופה מרבית של 24 חודש. הזכאות לפי סעיף זה מותנית בכך שמצבו הבריאותי של המבוטח המחייב שימוש בשרותי מנוי למשדר קרדילוגי אשר הנו אחד מאלה:

5.1	המבוטח הינו סמוך לאחר אוטם שריר הלב, או אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית.
5.2	אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב.
5.3	המבוטח סובל מהפרעות קצב תדירות המסכנות את חייו.

6 כיסוי לבדיקות אבחוניות

המבטח ישפה את המבוטח בגובה 75% מההוצאות הממשיות בגין בדיקת אבחון, מעבדה ו/או הדמיה, לרבות אבחון גנטי, ובכלל זה כל בדיקה הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, המבוצעים במכון רפואי מוסמך ואשר אושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית בכך שניתנה למבוטח המלצה מאת רופא מומחה, אשר הבעיה הרפואית הנבדקת הינה בתחום מומחיותו, והיא מוגבלת לסכום של עד 5,170 ₪ למבוטח למשך כל שנת ביטוח, ובתנאי שסכום התביעה גדול מסך של 450 ₪ לכל בדיקת אבחון. **למען הסר ספק בעבור כל בדיקת אבחון שעלותה פחותה מ-450 ש"ח לא יהיה המבוטח זכאי לשיפוי עבור בדיקה זאת.**

7 בדיקות לנשים בהריון

המבטח ישלם תגמולי ביטוח בעבור בדיקות לנשים בהריון, כמפורט להלן: בדיקה וסריקה על קולית של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת; בדיקת מי שפיה; בדיקת חלבון עוברי ובדיקת כרומוזומים לשלילת תסמונת דאון וטרזומיה 18. סכום הביטוח המרבי יהיה 75% מההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל, אך לא יותר מ-1,400 ₪ עבור כל אחת מהבדיקות. כיסוי זה יינתן לכל הריון פעם אחת בלבד, מבטחת אשר תקופת הביטוח שלה קטנה מ-12 חודשים לא תהיה זכאית לתגמולי הביטוח האמורים בסעיף קטן זה.

8 אביזרים רפואיים

8.1	מקרה הביטוח מצבו של המבוטח המחייב שימוש באביזר רפואי מתוך רשימת האביזרים הרפואיים בנספח המצ"ב. למען הסר ספק מובהר בזאת כי אביזרים שאינם כלולים ברשימת האביזרים הרפואיים לא יחשבו כאביזרים רפואיים לענין ביטוח זה.
-----	---

8.2	המבוטח יהיה זכאי לשיפוי של 75% מהוצאותיו בפועל בגין רכישת האביזרים הרפואיים, בסכום כולל שלא יעלה על 1,240 ש"ח לאביזר ועל 5,170 ש"ח לשנת ביטוח.
8.3	על אף האמור בסעיף 8.2 לעיל, המבוטח יהיה זכאי לשיפוי של עד 50% מהוצאותיו בפועל בגין רכישת עזרי שמיעה ועד 800 ש"ח בגין מדרסים/ נעלי kyboot פעם אחת בכל שנת ביטוח, ובלבד שסך כל תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח בגין רכישת אביזרים רפואיים לא תעלה על תקרת השיפוי של הביטוח, 5,170 ש"ח כל שנת ביטוח.
8.4	רכישת האביזר הרפואי מותנית בהוראה בכתב מרופא מומחה.
8.5	למען הסר ספק מובהר בזאת כי משקפיים, עדשות מגע ועזרי ראייה אחרים וכן כל אביזר שאינו כלול ברשימת האביזרים הרפואיים לא יחשבו כאביזרים רפואיים לעניין ביטוח זה.
8.6	עידכון רשימת אביזרים יבוצע בתיאום בין המבטח לבעל הפוליסה.
9 טיפול פיזיותרפי וריפוי בעיסוק לאחר ניתוח	
9.1	טיפול פיזיותרפי וריפוי בעיסוק טיפול לאחר ניתוח הניתן למבוטח ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל, ובהמלצת רופא מנתח.
9.2	סכומי הביטוח עבור טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ישפה המבטח את המבוטח בשיעור של 75% מעלות כל טיפול ולא יותר מ-195 ש"ח לטיפול.
9.3	השיפוי יינתן בעבור לא יותר מ-16 טיפולים, למבוטח הנזקק להם לאחר ניתוח או לאחר CVA.
10 שיקום דיבור	
10.1	מקרה הביטוח היותו של המבוטח במצב של אבדן מלא, או חלקי של כושר הדיבור בעקבות אירוע מוחי [CVA], או ניתוח אשר ניתן לשפרו ע"י טיפול לשיקום הדיבור.
10.2	המבוטח יהיה זכאי לשיפוי של 75% מההוצאה שהוציא בפועל עבור קבלת טיפולים לשיקום הדיבור ולא יותר משיפוי מירבי של 145 ש"ח לכל טיפול. השיפוי ינתן עבור לא יותר מ-16 טיפולים לכל מקרה ביטוח.
11 טיפולים רפואיים בבית המבוטח	
השיפוי יינתן בעבור לא יותר מ-16 טיפולים למבוטח הנזקק להם לאחר ניתוח או - CVA בהשתתפות עצמית של 25% ועד תקרת החזר של 195 ש"ח לטיפול. הטיפולים המפורטים בסעיף זה:	
11.1	טיפול פיזיותרפיה.
11.2	לקיחת דמים.
11.3	טיפול אחות.
11.4	ריפוי בעיסוק.

ביקור עובד סוציאלי.	11.5
ביקור פסיכיאטר.	11.6
12 חיסונים	
המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות חיסונים על פי הפירוט הבא:	
בהשתתפות עצמית של 50% מעלות החיסון.	HEPATITIS B 12.1
בהשתתפות עצמית של 50% מעלות החיסון.	HEPATITIS A 12.2
בהשתתפות עצמית של 50% מעלות החיסון.	שפעת 12.3
בהשתתפות עצמית של 50% מעלות החיסון.	פנוימונקס 12.4
13 טיסה מאילת	
מבוטח תושב אילת הזקוק לטיפול רפואי שאי אפשר לקבלו באילת, יהיה זכאי לשיפוי בגובה ההפרש שבין מחיר אוטובוס לבין מחיר כרטיס טיסה.	
14 רשימת אביזרים	
מערכת CPAP.	14.1
מכשיר אינהלציה אישי.	14.2
חגורת בקע.	14.3
חגורה מתקנת (מילוקי בוסטון).	14.4
מכשיר אלקטרוני ליישור הגב.	14.5
מדרסים / נעלי kyboot, עד 800 ש"ח בכל שנת ביטוח	14.6
גלוקומטר - מכשיר למדידת סוכר.	14.7
מכשיר אוטומטי למדידת לחץ דם.	14.8
מכשיר לבדיקת סמיכות דם (INR).	14.9
מקלונים לבדיקת סוכר בדם.	14.10
מכשיר BPAP.	14.11
מכשיר הנשמה.	14.12
חבישות לחץ (JOBST).	14.13
גורטקס לניתוחי הרניה.	14.14
מכשיר שמיעה.	14.15
סד גבס קל (פלסטי).	14.16
מגביר קול לנפגעי לרינגס.	14.17
מכשיר TNS.	14.18

מחולל חמצן נייד	14.19
פאה לחולה אונקולוגי.	14.20
פרוטזה חיצונית לשד.	14.21
AIRCAST	14.22
תומכים ומגינים לצוואר, כתף, יד ורגל.	14.23
גרביים אלסטיות.	14.24
חגורה אורטופדית.	14.25
עזרי הליכה: מקל הליכה, טריפוד, קוודרפוד, קביים מכל הסוגים.	14.26
עדשות מגע ניידות בתנאי שמדובר במחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר/רוחק ראייה מעל 7.	14.27
משקפיים, בתנאי שמדובר במחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר/רוחק ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד).	14.28
משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.	14.29
נעלי "אפוס".	14.30
זריקות לברך.	14.31
נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראומטית עם עוות ניכר של כף הרגל או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתת חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.	14.32

פרק 1' - כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח המבוצעים בישראל

1 הגדרות

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

<p>1.1 טיפול חלופי</p> <p>1.1.1 הניתוח מכוסה במסגרת פוליסה זו ונקבע על ידי רופא שהתמחותו בכירורגיה בתחום הספציפי בו נדרש הניתוח.</p> <p>1.1.2 ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח ומבוצע בישראל.</p> <p>1.1.3 הטיפול החלופי הוא אחד מאלה:</p> <p>1.1.3.1 טיפול UGS לוורידים (הזרקות תחת שיקוף).</p> <p>1.1.3.2 טיפול בנחירות ודום נשימה.</p> <p>1.1.3.3 טיפול בגלי הלם</p> <p>1.1.3.4 טיפולי RF (גלי רדיו)</p> <p>1.1.3.5 טיפול באוזן לרגל הסכרתית.</p>	
--	--

גובה תגמולי הביטוח שתשלם החברה בגין הטיפול החלופי כאמור בסעיף 2.	1.2 סכום שיפוי מירבי
רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל.	1.3 נותן הטיפול החלופי
נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה אשר הסכימו לקבל ישירות מהחברה שכר שהוסכם עמם עבור הוצאות הטיפול החלופי שניתן להן כיסוי על פי סעיף זה.	1.4 נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי
2 התחייבות החברה	
אם יבחר המבוטח בקרות מקרה הביטוח לקבל טיפול חלופי, תשפה החברה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהלן שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח וזאת עד לסך של 25,845 ₪ בגין כל הטיפולים החלופיים לתקופת הביטוח, בניכוי השתתפות עצמית בסך 20% מההוצאה ובהתאם לתנאים המפורטים להלן: המציא המבוטח התחייבות לכיסוי חלק מההוצאות ע"י קופת החולים ו/או השב"ן, לא יחוייב בהשתתפות העצמית הנקובה לעיל.	2.1
המבוטח יפנה קודם לקבלת הטיפול החלופי לאישור החברה מראש כי ישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין כל אחד מהשירותים הרפואיים בגין הטיפול. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי נספח זה.	2.2
ההוצאות הרפואיות (להלן: " ההוצאות המוכרות ") עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגינן זכאי המבוטח לשיפוי מאת החברה הינן כדלקמן: 2.3.1 שכר נותן הטיפול החלופי. 2.3.2 הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי. 2.3.3 הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים. 2.3.4 הוצאות אשפוז בבית חולים.	2.3
הטיפולים יינתנו בבית חולים או מרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) אשר רשומה כדין בפנקס המרפאות.	2.4
נותן הטיפול החלופי יהיה רשאי על פי החוק לתת את הטיפול החלופי ובמקרים בהם נדרש רישוי כלשהו לשם כך יהא נותן הטיפול החלופי והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול החלופי בעלי רישיון מתאים.	2.5
ביצוע על ידי נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה תכסה את מלוא עלות נותני שירות הטיפול החלופי שבהסכם, בכפוף לתקרת השיפוי המרבי כאמור בסעיף 2.1 לעיל.	2.6
ביצוע על ידי נותני שירות שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות שהוצאו בפועל עד לתעריף הממוצע של נותני שירות הטיפול החלופי שבהסכם כפי שיהיה נהוג אצל החברה באותה התקופה ועד תקרת השיפוי המרבי כאמור בסעיף 2.1 לעיל.	2.7

בנוסף לפרק הסייגים בחלק התנאים הכלליים של פוליסה זו יחולו התנאים ו/או ההגבלות המפורטים להלן על פרק זה:

בכל מקרה, סכום השיפוי המרבי בגין טיפול או סדרת טיפולים חלופיים לא יעלה על עלות הניתוח אותו מחליף הטיפול החלופי כפי שמשולם על ידי החברה לנותני שירות שבהסכם בגין הניתוח.	3.1
הטיפול החלופי יינתן בישראל בלבד. לא יינתן כל כיסוי ותגמול לטיפולים שיינתנו מחוץ לישראל.	3.2
לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים חלופיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן הטיפול החלופי לטיפולים חלופיים עתידיים.	3.3
החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השירות לטיפול החלופי היא של המבוטח בלבד ואין למבטח כל אחריות בגינה. החברה לא תהיה אחראית לכל נזק שייגרם למבוטח עקב בחירתו של המבוטח לקבל טיפול חלופי ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו. כמו כן, לא תהיה החברה אחראית בשום צורה שהיא לכל נזק ו/או הוצאה שייגרמו למבוטח עקב בחירתו של המבוטח בנותני השירות לטיפול החלופי, בין אם הם נותני שירות שבהסכם או נותני שירות שאינם בהסכם.	3.4

4 קיזוז מעלויות ניתוח

במקרה בו תוגש תביעה לכיסוי בגין ניתוח, שהוחלף במסגרת טיפול חלופי כאמור בפרק זה, במהלך 12 חודשים ממועד ביצוע הטיפול החלופי, יקוזזו תגמולי הביטוח ששולמו בגין הטיפול החלופי מתגמולי הביטוח המגיעים למבוטח בגין הניתוח והם יחולו על המבוטח.

פרק ז' - פיצוי על הידבקות מעירוי

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח ו/או אישפוז חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או צהבת B או C (להלן: "הדלקת") יהיה זכאי לפיצוי כדלהלן: פיצוי חד פעמי בסך 103,400 ש"ח, ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן שאינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח ו/או האשפוז והמבוטח לא היה חולה איידס ולא נשא את הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

נספח א' לפוליסה לביטוח רפואי וסיעודי לחברי "צוות" ובני משפחתם

השתתפות עצמית בעלויות ניתוח על פי סעיף 2.1.4 לפרק ד' - ניתוחים

מומחיות	שם ניתוח	סכום השתתפות עצמית בש"ח
א.א.ג.	כריתת שקדים בלייזר	570
א.א.ג.	כפתורים באוזניים	860
א.א.ג.	כפתורים ואדנו אידים	1,250
א.א.ג.	כריתת אדנו אידים	1,250
א.א.ג.	כריתת פולפי ממיתרי הקול	1,250
א.א.ג.	כריתת שקדים	1,250
א.א.ג.	כריתת שקדים + אדנו אידים	1,250
א.א.ג.	כריתת/ניתוח קונכיות באף	1,250
א.א.ג.	לייזר במיתרי הקול/לרינגוסקופיה	1,250
א.א.ג.	לייזר נחירות גדול	1,250
א.א.ג.	רדוקציה של שבר באף	1,250
א.א.ג.	תיקון סטיה במחיצת האף	1,250
א.א.ג.	אדנו אידים כפתורים ושקדים	1,860
א.א.ג.	ניתוח קונכיות באף + תיקון סטיה במחיצת האף	1,860
א.א.ג.	ניתוח במערות הפנים - פס	2,480
א.א.ג.	ניתוח באוזן תיכונה	2,480
א.א.ג.	סגירת נקב/השתלה בעור התוף - טימפנופלסטי	2,480
א.א.ג.	כריתה של המסטואיד	6,000
א.א.ג.	כריתה של בלוטת התריס/מגן - טירואיד	6,000
אורולוגיה	ציסטוסקופיה	570
אורולוגיה	ציסטוסקופיה וצריבה או ביופסיה	570
אורולוגיה	ביופסיה מאשך	860
אורולוגיה	הרחבת פתח השופכה	1,250
אורולוגיה	יישור פתח הפין - היפוספדיאס	1,250
אורולוגיה	ניתוח וריקוצלה/הידרוצלה	1,250
אורולוגיה	ניתוחי שופכה - פין	1,250
אורולוגיה	ביופסיה בפרוסטטה/ערמונית	1,860

מומחיות	שם ניתוח	סכום השתתפות עצמית בש"ח
אורולוגיה	כריתת אשך צד אחד	1,860
אורולוגיה	ניתוח סגור בשלפוחית השתן	2,480
אורולוגיה	קיבוע של האשך	2,480
אורולוגיה	הוצאת אבן מהשופכה/אורטר	4,185
אורולוגיה	כריתה של שלפוחית השתן	6,000
אורולוגיה	כריתת ערמונית/פרוסטטה - סגורה	6,000
אורולוגיה	ניתוח פתוח בשלפוחית השתן	4,185
אורולוגיה	ניתוחים בשופכן	4,185
אורולוגיה	נפרוס טומיה - ניקוז כליה	4,185
אורולוגיה	ריסוק אבני כליה שלא באמצעות ניתוח	4,185
אורולוגיה	תיקון צניחת שלפוחית שתן	4,185
אורולוגיה	הוצאת אבני כליה	6,000
אורולוגיה	כריתת כליה חלקית/שלמה	6,000
אורולוגיה	כריתת ערמונית/פרוסטטה - פתוחה	6,000
אורולוגיה	כריתת פרוסטטה/ערמונית רדיקאלית	6,000
אורולוגיה	ניתוחים באדנל-יתרת כליה	4,950
אורטופדיה	שחרור עצב	860
אורטופדיה	דופיטרן	1,250
אורטופדיה	הרחקה של קיבוע/בורג	1,250
אורטופדיה	ניתוח גנגליון בכף היד	1,250
אורטופדיה	שחרור מנהרת כף יד	1,250
אורטופדיה	תיקון אצבע הדק - (טריגר פינגר)	1,250
אורטופדיה	תיקון כיפוף באצבע - המר טאו - רגל אחת	1,250
אורטופדיה	תיקון כיפוף באצבע - המר טאו - שתי רגליים	1,250
אורטופדיה	תיקון מיפרק המרפק - מרפק טניס	1,250
אורטופדיה	תיקון מיפרק המרפק	1,250
אורטופדיה	ניתוח גידים קטן	1,860
אורטופדיה	רדוקציה של שבר סגור	1,860
אורטופדיה	אקרומיופלסטיה בארטרוסקופ בכתף	2,480

מומחיות	שם ניתוח	סכום השתתפות עצמית בש"ח
אורטופדיה	ארטרוסקופיה בברך	2,480
אורטופדיה	ארטרוסקופיה בקרסול	2,480
אורטופדיה	בורסקטומי	2,480
אורטופדיה	הלוס וולגוס - דו צדדי	2,480
אורטופדיה	הלוס וולגוס - רגל אחת	2,480
אורטופדיה	כריתת גידול מעצם	2,480
אורטופדיה	קיבוע עצם חיצוני	2,480
אורטופדיה	רדוקציה של שבר פתוח	2,480
אורטופדיה	שאיבת דיסק	2,480
אורטופדיה	ביופסיה של עצם	4,185
אורטופדיה	ארטוסקופיה בכתף	4,950
אורטופדיה	החלפת/תיקון פרק ברך	6,000
אורטופדיה	החלפת/תיקון פרק ירך	6,000
אורטופדיה	היתוך שידרתי - קיבוע חוליות	6,000
אורטופדיה	למינק טומיה	6,000
אורטופדיה	ניתוח לתיקון פריקות חוזרות של הכתף	6,000
אורטופדיה	ניתוח עמוד שידרה/דיסקטומי צווארי/גבי	6,000
אורטופדיה	ניתוחי עמוד שידרה מותני/דיסק מותני	6,000
אורטופדיה	שיחזור רצועה צולבת	6,000
אורטופדיה	תיקון היצרות בתעלת עמוד השידרה	6,000
אורטופדיה	תיקון רצועה בכתף	6,000
גניקולוגיה	הסרת גידול מצוואר הרחם - לייזר	570
גניקולוגיה	גרידה אבחנתית	1,250
גניקולוגיה	גרידה לצורך הפסקת הריון	1,250
גניקולוגיה	היסטרוסקופיה אבחנתית	1,250
גניקולוגיה	כריתה של ציסטה/אבצס בבלוטת הברטולין	1,250
גניקולוגיה	כריתת פוליפ/ביופסיה מצוואר הרחם	1,250
גניקולוגיה	היסטרוסקופיה טיפולית	1,860
גניקולוגיה	לפרוסקופיה אבחנתית	1,860

מומחיות	שם ניתוח	סכום השתתפות עצמית בש"ח
גניקולוגיה	ניתוח בצוואר הרחם ובנרתיק	1,860
גניקולוגיה	ניתוח קיסרי	2,480
גניקולוגיה	כריתת מיומה בלפרוסקופ	4,185
גניקולוגיה	כריתת מיומה/גוש מהרחם	4,185
גניקולוגיה	כריתת שחלה בלפרוסקופ	4,185
גניקולוגיה	כריתת שחלה/ציסטה שחלתית	4,185
גניקולוגיה	קולפו רפיה	4,185
גניקולוגיה	כריתת רחם-וגינלית	6,000
גניקולוגיה	כריתת רחם-פתוחה	6,000
גניקולוגיה	כריתת רחם דרך לפרוסקופ	6,000
גניקולוגיה	כריתת רחם ובלוטות לימפה	6,000
גסטרואנטרולוגיה	הסתכלות דרך אנדוסקופ לרקטום	300
גסטרואנטרולוגיה	גסטרוסקופיה	570
גסטרואנטרולוגיה	גסטרוסקופיה + ביופסיה	570
גסטרואנטרולוגיה	גסטרוסקופיה + קולונוסקופיה	570
גסטרואנטרולוגיה	סיגמואידוסקופיה	570
גסטרואנטרולוגיה	קולונוסקופיה	570
גסטרואנטרולוגיה	קולונוסקופיה + ביופסיה	570
כירורגיה כללית	הסרת ציפורן חודרנית	300
כירורגיה כללית	ביופסיה של רקמה רכה	570
כירורגיה כללית	כריתת פוליפ מהמעיי	570
כירורגיה כללית	ביופסיה של שד	860
כירורגיה כללית	כריתת ציסטה טירוגלוסאלית	1,250
כירורגיה כללית	ניתוח טחורים	1,250
כירורגיה כללית	ניתוחים בדרכי הדמעות	1,250
כירורגיה כללית	פילונידל סינוס	1,250
כירורגיה כללית	תיקון פיסטולה פראנלית/ניתוח פיסורה	1,250
כירורגיה כללית	החדרת/הוצאת פורטה-קט	1,860
כירורגיה כללית	הרניה/בקע ילדים צד אחד	1,860

מומחיות	שם ניתוח	סכום השתתפות עצמית בש"ח
כירורגיה כללית	ניתוח אפנדיציט - תוספתן	1,860
כירורגיה כללית	ניתוח טחורים + פיסורה	1,860
כירורגיה כללית	סימפטקטומיה - ניתוח להזעת יתר	1,860
כירורגיה כללית	הורדת אשך טמיר	2,480
כירורגיה כללית	החדרת/הוצאת שנט עורקי/וריד	2,480
כירורגיה כללית	הרניה/בקע כלא	2,480
כירורגיה כללית	הרניה/בקע מפשעתי/פמורלי חד	2,480
כירורגיה כללית	כריתת שד חלקית - למפקטומי	2,480
כירורגיה כללית	כריתת שד חלקית והוצאת בלוטות	2,480
כירורגיה כללית	ניתוחים בבלוטות הרוק	2,480
כירורגיה כללית	סגירת קולוסטומיה	2,480
כירורגיה כללית	תיקון הרניה/בקע חד צדדי לפרוסקופ	2,480
כירורגיה כללית	תיקון הרניה/בקע מפשעתי דו צדדי עם רשת	2,480
כירורגיה כללית	תיקון הרניה/בקע מפשעתי/פמורלי דו צדדי	2,480
כירורגיה כללית	תיקון רפלוקס	2,480
כירורגיה כללית	הרניה/בקע ונטרלי בצלקת	4,185
כירורגיה כללית	כריתת בלוטות לימפה	4,185
כירורגיה כללית	כריתת כיס מרה - פתוח	4,185
כירורגיה כללית	כריתת כיס מרה ע"י לפרוסקופ	4,185
כירורגיה כללית	כריתת שד מלאה והוצאת בלוטות אקסילריות	4,185
כירורגיה כללית	כריתת שד מלאה ללא הוצאת בלוטות אקסילריות	4,185
כירורגיה כללית	תיקון הרניה/בקע בטנית - אפיג'ס	4,185
כירורגיה כללית	תיקון הרניה/בקע דו צדדי לפרוסקופ	4,185
כירורגיה כללית	כריתת חלקית או מלאה של הבלב	6,000
כירורגיה כללית	כריתת חלקית של הכבד	6,000
כירורגיה כללית	כריתת של הרקטום	6,000
כירורגיה כללית	כריתת לבלב ותרסריון	6,000
כירורגיה כללית	כריתת מעי גס חלקית או מלאה	6,000
כירורגיה כללית	כריתת קיבה חלקית או מלאה	6,000

מומחיות	שם ניתוח	סכום השתתפות עצמית בש"ח
כירורגיה כללית	כריתת שד + שחזור שד	6,000
כירורגיה כללית	כריתת שד מלאה - דו צדדית	6,000
כירורגיה כללית	ניתוח במעי הדק	6,000
כירורגיה כללית	פתיחת בטן חוקרת	6,000
כירורגיה כללית	קיצור קיבה	6,000
כירורגיה כללית	תיקון הרניה/בקע סרעפתי	4,950
כירורגיה חזה	ניתוח בבית החזה	4,950
כירורגיה חזה	כריתת ריאה חלקית או שלמה	6,000
כירורגיית לב	ניתוח מעקפים	6,000
כירורגיית לב	ניתוח/החלפת מסתם	6,000
כלי דם	ניתוחי ורידים - דליות - דו צדדי	2,480
כלי דם	ניתוחי ורידים - דליות - חד צדדי	2,480
כלי דם	ניתוחי ורידים - דליות - לייזר דו צדדי	4,185
כלי דם	ניתוח בעורק התרדמה (קרוטיס)	6,000
כלי דם	ניתוח כלי דם גדול/מעקף בעורק שאינו בלב	6,000
נירורכירורגיה	ניתוח ראש, קרניוטומיה	6,000
עיניים	טיפול בלייזר יאג	570
עיניים	כריתת גוש שומני בעפעף - (כלזיון)	570
עיניים	גלאוקומה - טרבקולקטומי	1,250
עיניים	כריתת נגע/גידול מהעפעף	1,250
עיניים	ניתוחי רישתית בלייזר	1,250
עיניים	ניתוחים בארובת העין	1,250
עיניים	פטריגיום	1,250
עיניים	קטרקט	1,250
עיניים	ניתוח פזילה	1,860
עיניים	כריתת זגוגית - ויטרקטומי	2,480
עיניים	ניתוחי קרנית	2,480
פלסטיקה	כריתת נגע עורי	300
פלסטיקה	השתלת עור	860

מומחיות	שם ניתוח	סכום השתתפות עצמית בש"ח
פלסטיקה	כריתה של גוש מרקמה רכה	860
פלסטיקה	כריתת ליפומה	860
פלסטיקה	כריתת נגע עורי בשיטת מוהז	1,860
פלסטיקה	כריתת נגע עורי והשתלת שתל עור	1,860
פלסטיקה	מוהז עם השתלת שתל עור	1,860
פלסטיקה	תיקון אאנטרופיון או אקטר ופיון	1,860
פלסטיקה	תיקון פלסטי בעפעפיים (רפואי)	1,860
פלסטיקה	שחזור שד	6,000
קרדילוגיה	צינתור לב/אחר	4,200
קרדילוגיה	צינתור טיפול + בלון	6,000

במקרים בהם תשתתף קופ"ח בכיסוי עלויות הניתוח לא תחול ההשתתפות העצמית הנ"ל על המבוטח.

לגבי ניתוחים שאינם מופיעים בטבלה בנספח א' לפוליסה יהיה גובה ההשתתפות העצמית 20% מעלות מהניתוח כמפורסם באתר האינטרנט של המבטח ובכל מקרה לא יותר מ-6,000 ש"ח לניתוח.

חברת הביטוח (שתקרא להלן - "המבטח") מתחייבות בזה, בהתאם לתנאי פוליסה זו, לשלם את הסכום המגיע לתשלום לאחר שתוגש למבטח הוכחה על קרות מקרה הביטוח המזכה את המבוטח בתשלום המגיע ובתנאי שהפרמיות שולמו כמוסכם בין בעל הפוליסה למבטח.

1 הגדרות

בפוליסה זו יתפרשו המונחים הבאים כדלקמן:

הפניקס חברה לביטוח בע"מ.	1.1 המבטח
חוזה ביטוח זה, בין בעל הפוליסה לבין המבטח, על נספחיו והתוספות לו.	1.2 הפוליסה
ארגון "צוות" - גימלאי שירות הקבע בצה"ל.	1.3 בעל הפוליסה
<p>כל אחד מאלה: עמית של "צוות" כקבוע בתקנון בעל הפוליסה [להלן: "עמית"] וכן בן או בת זוג של עמית וכן בניהם/בנותיהם של העמית ובני/בנות זוגם של ילדי העמית המבוטחים, וכן אלמנות צה"ל וכן שאירים אשר שמותיהם אושרו ע"י בעל הפוליסה בעת ועד למועד מותם ו/או המועד בו הפסיקו את התקשרותם עם המבוטח כמפורט להלן. למען הסר ספק ובכפוף לאמור בסעיף 5 בפוליסה סיעודית זו, לא תהיה כל הגבלה של ה"מבוטח" להצטרפות לפוליסה זו הנוגעת לגיל ו/או מצב רפואי.</p>	1.4 המבוטח
הזכאי לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה בקרות מקרה הביטוח, ושאינו המבוטח.	1.5 המוטב
חוברת הכוללת פרטים על תקופת הביטוח, סכומי הביטוח, דמי ביטוח, הכיסויים הכלולים בפוליסה וההגבלות על היקף הכיסוי.	1.6 חוברת הביטוח
<p>מבוטח שארע לו אחד משני האירועים הבאים לפחות:</p> <p>1.7.1 מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר ביגונו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות:</p> <p>1.7.1.1 לקום ולשכב: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ולקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ממיטה.</p> <p>1.7.1.2 להתלבש ולהתפשט: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ולפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר או להרכיב חגורה רפואית או גפה מלאכותית.</p> <p>1.7.1.3 להתרחץ: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.</p> <p>1.7.1.4 לאכול ולשתות: יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.</p>	1.7 מבוטח סיעודי

<p>1.7.1.5 לשלוט על סוגרים: יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים 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.</p> <p>1.7.1.6 ניידות: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים או במקל או בהליכון או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.</p> <p>1.7.2 "תשישות נפש" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך 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.</p>	
<p>דמי הביטוח שעל המבוטח לשלם על פי תנאי הפוליסה כמפורט בגילוי הנאות ובדף פרטי הביטוח.</p>	<p>1.8 הפרמיה</p>
<p>היותו של המבוטח מבוטח סיעודי, והיותו בטיפול במוסד סיעודי, או לחילופין קבלת טיפול סיעודי בביתו, לתקופה שעולה על 60 יום.</p> <p>תקופת המתנה - למען הסר ספק, היותו של מבוטח במצב סיעודי לתקופה קצרה משישים ימים לא תזכה את המבוטח בתגמולי סיעוד חודשיים.</p> <p>התחלת תשלומי התגמול הסיעודי לא תחל לפני תום 60 יום מקרות מקרה הביטוח.</p> <p>תקופת ההמתנה תחל להימנות מהמועד בו קרה לראשונה מקרה הביטוח.</p>	<p>1.9 מקרה הביטוח</p>
<p>מוסד רפואי או מחלקה במוסד רפואי, או מקום מגורים מוגן, שבו שוהים ומטופלים כדין בני אדם הנזקקים לטיפול סיעודי.</p>	<p>1.10 מוסד סיעודי</p>
<p>טיפול רפואי או פרארפואי הניתן למבוטח בביתו, לרבות שירותי סיעוד למבוטח בהיותו נזקק לשירותים סיעודיים, ויש להם קשר למצבו הבריאותי של המבוטח.</p> <p>למען הסר ספק,מבוטח השוהה בדיר מוגן על תקן דייר והוגדר כסיעודי ע"פ תנאי הפוליסה ייחשב כסיעודי המקבל טיפול סיעודי בביתו.</p>	<p>1.11 טיפול סיעודי בביתו של המבוטח</p>
<p>חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, לרבות כל שינוי ו/או תוספת לו וכל התקנות ו/או הצווים ו/או ההוראות שהותקנו ו/או יותקנו מכוחו ו/או על פיו.</p>	<p>1.12 חוק הבריאות</p>

<p>סכום הביטוח יקבע בהתאם לקבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח, בהתאם לגילו הנוכחי ביום 01.07.2017 ויקבע בהתאם למועד קרות מקרה הביטוח.</p>	<p>1.13 תגמולי סיעוד חודשיים</p>
<p>תקופה של 60 חודשים, המתחילה מיום קרות מקרה הביטוח, שבמהלכה ישולמו תגמולי חודשיים על פי הפוליסה.</p>	<p>1.14 תקופת התגמול הסיעודי</p>
<p>מדד המחירים לצרכן, כולל פירות וירקות, שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו, ובהתאם ליחס בין המדדים אותו תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.</p>	<p>1.15 המדד</p>
<p>מדד חודש מאי 2017, שפורסם ב-15 באפריל 2017 – 12218 נק' נכון לסכומי הביטוח ופרמיות הסיעוד בלבד.</p>	<p>1.16 המדד הקובע</p>
<p>1.17.1 לגבי תשלום תגמולי הסיעוד החודשיים – יום התשלום על ידי המבטח. 1.17.2 לגבי תשלום הפרמיה – יום תשלום הפרמיה. 1.17.3 בוצע תשלום בהמחאה או בשיק, ייחשב מועד התשלום המועד הנקוב בהמחאה או המועד שבו הגיעה המחאה לידי מקבל התשלום, לפי המאוחר. 1.17.4 בוצע התשלום בהעברה בנקאית לחשבון הבנק של מקבל התשלום, ייחשב יום זיכוי החשבון של מקבל התשלום כיום ביצוע התשלום בפועל.</p>	<p>1.17 היום הקובע</p>
<p>1.12.2011</p>	<p>1.18 מועד כניסת פוליסה זו לתוקף</p>
<p>31.12.2017 או מועד מוקדם יותר בהתאם להחלטת 2 הצדדים.</p>	<p>1.19 מועד תום תוקף הפוליסה לביטוח הסיעודי הקבוצתי</p>
<p>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.</p>	<p>1.20 מצב רפואי קיים</p>
<p>סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבטח מחבותו או המפחית את חבות המבטח 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.</p>	<p>1.21 סייג בשל מצב רפואי קודם</p>
<p>ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי "צוות" ובני משפחתם בפניקס חברה לביטוח בע"מ שתוקפו פג במועד כניסת פוליסה זו לתוקף (להלן: הפוליסה הקודמת).</p>	<p>1.22 הפוליסה הקבוצתית הקודמת</p>

<p>תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי המבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח 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.</p>	<p>1.23 תקופת אכשרה</p>
<p>2 הצמדה</p>	
<p>כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו יהיו צמודים למדד, כך שהם ישתנו בשיעור השינוי שבין המדד האחרון שהיה ידוע במועד כניסת פוליסה זו לתוקף ובין המדד הקובע.</p>	
<p>3 אחריות המבטח</p>	
<p>ארע מקרה הביטוח ישלם המבטח למבוטח תשלום חודשי בגובה הנקוב בפוליסה זו במשך תקופת התגמול הסיעודי, כל עוד המבוטח הינו מבוטח סיעודי. על אף האמור בפוליסה זו, שהה המבוטח הסיעודי מחוץ לישראל למשך תקופה העולה על 3 חודשים, לא יהיה המבטח חייב בתשלום למשך התקופה העולה על 3 החודשים כאמור.</p>	
<p>4 תשלום תגמולי הסיעוד החודשיים</p>	
<p>המבטח ישלם את תגמולי הסיעוד החודשיים על פי תנאי הפוליסה למבוטח או למוטבים, אם קבע המבוטח מוטבים.</p>	<p>4.1</p>
<p>המבוטח יהיה רשאי לשנות את המוטבים שקבע, עד לקרות מקרה הביטוח. השינוי יחייב את המבטח רק לאחר שנמסרה לו הודעה בכתב בחתימת המבוטח.</p>	<p>4.2</p>
<p>בשום מקרה לא יהיה המבוטח זכאי לקבוע מוטב בקביעה בלתי חוזרת, או לשנות מוטב שקבע בקביעה בלתי חוזרת אלא אם קבל לכך מראש ובכתב את הסכמתו של המבטח.</p>	<p>4.3</p>
<p>שלם המבטח את תגמולי הסיעוד החודשיים למבוטח או למוטב בטרם נתקבלה אצל המבטח הוראה בכתב החתומה בידי המבוטח, והממנה מוטב אחר במקומו, יהיה המבטח משוחרר מכל חבות כלפי אותו מוטב אחר ו/או המבוטח.</p>	<p>4.4</p>
<p>5 הגבלות לאחריות המבטח לפי פוליסה זו</p>	
<p>המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב בתשלום תגמולי הסיעוד החודשיים, בכל אחד מהמקרים הבאים:</p>	
<p>מקרה הביטוח ארע לפני תחילת תקופת הביטוח או לאחר סיומה.</p>	<p>5.1</p>
<p>מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, אלקוהוליזם, שימוש בסמים או התמכרות אליהם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא שלא לצורך גמילה, ולמעט אם הפגיעה העצמית המכוונת נובעת מהיותו של המבוטח מבוטח סיעודי.</p>	<p>5.2</p>
<p>מקרה הביטוח נגרם כתוצאה של תאונת דרכים או תאונת עבודה ו/או במהלך ועקב שירות צבאי, אלא אם המבוטח לא יהיה זכאי לתגמול לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, תשל"ה-1975, או חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, או חוק הנכים (תגמולים ושיקום), תשי"ט-1959 [נוסח משולב].</p>	<p>5.3</p>

<p>פעולות איבה כמשמען בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל 1970 או כל חוק אחר שיבוא במקומו ובתנאי שהמבוטח זכאי לתגמול עפ"י חוק זה.</p>	<p>5.4</p>
<p>5.5.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם.</p> <p>5.5.2 תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם: סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא:</p> <p>5.5.2.1 פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>5.5.2.2 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>5.5.3 סייג של מצב רפואי מסויים למבוטח מסויים: על אף האמור בסעיף 4.2.3 סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסויים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסויים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסויים.</p> <p>5.5.4 אי תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם: סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסויים הנזכר בהודעת המבוטח.</p> <p>5.5.5 סייג זה לא יחול על מבוטחים שהצטרפו לפוליסה הקודמת ללא הצהרת בריאות עברו ברצף זכויות לפוליסה זו החל מהמועד הקובע ובוטחו ברציפות עד למועד קרות מקרה הביטוח.</p>	<p>5.5 מצב רפואי קודם</p>

6

חדל המבוטח להיות מבוטח סיעודי, והופסק תשלום תגמולי הסיעוד החודשיים בטרם תמה תקופת התגמול הסיעודי במלואה, ולאחר מכן חזר המבוטח להיות מבוטח סיעודי, ימשיך המבוטח לשלם את תגמולי הסיעוד החודשיים למבוטח או למוטבים בהתאם לפוליסה ועד לתום תקופת התגמול הסיעודי שנתרה, כאילו היו התקופות בהן היה המבוטח מבוטח סיעודי רצופות.

באחריות המבוטח להודיע לחברת הביטוח על כל שינוי/הטבה במצבו הרפואי.

7

בכל מקרה לא יהיה המבטח אחראי או חייב לשלם את תגמולי הסיעוד החודשיים במותו של המבוטח, או בתום תקופת התגמול הסיעודי, לפי המוקדם מביניהם. תמה תקופת התגמול הסיעודי לא ייחשב המבוטח למבוטח, ויראו אותו כמי שהפסיק להיות מבוטח ממועד תום תקופת התגמול הסיעודי.

<p>דחה המבטח תביעה שהוגשה על ידי מבטח, יהיה המבטח רשאי לפנות לוועדת הערר על מנת שזו תדון בתביעה מחדש. בפנייתו זו יפרט את המסמכים אותם מסר למבטח, ויעביר לוועדה כל חומר שיידרש על ידה, הפנייה תעשה לכתובת אשר תפורסם למבטחים מעת לעת.</p>	8.1
<p>ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.</p>	8.2
<p>המבטח יעביר לוועדה את כל החומר הנוגע לתביעה והמצוי בידיו, בין אם הועבר לידי על ידי המבטח ובין אם הגיע לידי שלא באמצעות המבטח.</p>	8.3
<p>החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.</p>	8.4
<p>מוסכם בין הצדדים, כי תביעות אשר הועברו להחלטתה של וועדת הערר לא תחשבנה לעניין כתביעות תלויות, אלא כתביעות שנדחו, וזאת עד למועד החלטתה של הוועדה בתביעה.</p>	8.5
<p>וועדת הערר תורכב משני נציגים מטעם המבטח, ושני נציגים מטעמו של בעל הפוליסה. נציג אחד לפחות מטעמו של המבטח ונציג אחד לפחות מטעמו של בעל הפוליסה יהיה רופא.</p>	8.6
<p>וועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה, על פי הצורך ולא יותר מחודש מיום קבלת הערעור.</p>	8.7
<p>לא קבלה הוועדה החלטה בתביעה, בשל חילוקי דעות בין חבריה, ימנו חבריה רופא מומחה, ואם היתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה: "המומחה"). המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תחשב לכל דבר ועניין כהחלטת וועדת הערר.</p>	8.8

9 תקופת הביטוח והצטרפות מבטחים

<p>לגבי כל מבטח - ממועד הצטרפותו להסדר הביטוח על פי פוליסה זו בהודעה שניתנה למבטח על ידי בעל הפוליסה וכל עוד פוליסה זו בתוקף, או עד המועד בו הפסיק המבטח את ההתקשרות בינו לבין המבטח, בהודעה למבטח שניתנה בכתב לפני מועד ההפסקה.</p>	9.1 תקופת הביטוח
<p>מבטחים המצטרפים לביטוח ללא הצהרת בריאות: מבטחים אלו אינם חייבים במילוי הצהרת בריאות:</p> <p>9.2.1 מבטח ובני משפחתו שהצטרפו לפוליסה הקודמת ללא הצהרת בריאות לא יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות במועד הקובע.</p> <p>9.2.2 עמית ובני משפחתו הצטרפו לביטוח במסגרת הפוליסה הקבוצתית הקודמת תוך 60 יום מיום שחרור העמית מצה"ל, למעט בן/בת זוגו של מבטח שהינו ילד/ה של העמית אשר יחוייב במילוי הצהרת בריאות.</p>	9.2

<p>מבוטחים המצטרפים לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות:</p> <p>9.3.1 עמית ו/או בן משפחתו הזכאי להתקבל לביטוח עפ"י פוליסה זו אשר לא הצטרפו לתוכנית הביטוח במועדים המפורטים בסעיף 9.3, ו/או בן/בת זוגו של מבוטח שהינו ילד/ה של העמית יתקבלו לביטוח בהתאם להצהרת בריאות שימלאו ועפ"י הגבלות ותנאים של המבטח הנובעים ממצבו הבריאותי של המבוטח בתנאים המפורטים להלן. על מבוטחים המצטרפים לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות תחול תקופת אכשרה בת 60 יום.</p> <p>9.3.1.1 המבוטח הגיש למבטח בקשת הצטרפות אשר מולאה ונחתמה כנדרש.</p> <p>9.3.1.2 המבטח לא הודיע בכתב על אי הסכמתו להצעת הביטוח תוך 14 ימי עסקים או המבטח הודיע על הסכמתו בתנאים או בסייגים ואז יתקבל המבוטח לביטוח בכפוף לסייגים ו/או התנאים.</p> <p>9.3.1.3 מיום חתימת המועמד לביטוח על הצהרת הבריאות ועד ליום שבו החליט המבטח על הסכמתו לעריכת הפוליסה, לא חל שינוי בבריאותו ומצבו הגופני של המועמד לביטוח, שהיו משפיעים על הסכמת המבטח או תנאי הסכמתו לבקשת הצטרפות אילו ידע עליהם המבטח."</p> <p>9.3.2 עמית המבקש להצטרף שוב לביטוח לאחר שבטל על ידו או עמית שלא הצטרף באחד מהמועדים שנזכרים בס"ק 4.1 לעיל יוכל להתקבל לביטוח עפ"י פוליסה זו בכפוף להצהרת בריאות שימלא ועפ"י הגבלות ותנאים של המבטח הנובעים ממצבו הבריאותי של העמית כמפורט בסעיף קטן זה. בנוסף, תחול על מבוטח זה תקופת אכשרה בת 60 יום.</p>	<p>9.3</p>
<p style="text-align: right;">10 הוראות מעבר</p>	
<p>מבוטח אשר ביום 30.11.2011 (בחצות) בוטח במסגרת הפוליסה הקבוצתית הקודמת, יהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו החל מהמועד הקובע. מועד הצטרפותו לביטוח של מבוטח זה יהיה מועד הצטרפותו לביטוח במסגרת הפוליסה הקבוצתית הקודמת.</p>	<p>10.1</p>
<p>מבוטח בפוליסה הקודמת שהחל לקבל תגמולי סיעוד בפוליסה הקודמת, ימשיך לקבל את תגמולי הסיעוד כל עוד הוא זכאי להם ולא יא זכאי לתגמולי סיעוד על פי פוליסה זו.</p>	<p>10.2</p>
<p>הפסיקה זכאותו של המבוטח על פי הפוליסה הקודמת בטרם מיצה את מלוא תקופת תגמולי הסיעוד בפוליסה, יעבור המבוטח לפוליסה זו ללא תקופת אכשרה או מגבלה כלשהיא ויתחיל לשלם את דמי הביטוח בגין פוליסה זו.</p> <p>חזר המבוטח להיות במצב סיעודי מאותה סיבה בגינה קיבל תגמולי ביטוח בפוליסה הקודמת, יהיה זכאי להשלמת תגמולי הביטוח עד למיצוי זכאותו, בכפוף לאמור בסעיפים 10.5 ו-10.6.</p>	<p>10.3</p>
<p>נדחתה תביעתו של מבוטח על פי הפוליסה הקודמת יעבור ברצף לפוליסה זו ללא כל מגבלות.</p>	<p>10.4</p>

<p>דחה המבטח בפוליסה זו תביעת מבטח בטענה כי מקרה הביטוח ארע לפני תחילת פוליסה זו, תוטל חובת ההוכחה על המבטח. החלטת המבטח תובא לפני וועדת הערר והחלטתה תחייב את המבטח.</p>	<p>10.5</p>
<p>על אף האמור בסעיף 10.5, החל מתום ששה חודשים מתחילת הביטוח, לא יוכל המבטח לטעון כי מקרה הביטוח ארע לפני תחילת הביטוח והאחריות למקרה הביטוח תחול עליו החל מקרות מקרה הביטוח.</p>	<p>10.6</p>
<p style="text-align: right;">11 המשכיות</p>	
<p>מבטח שעזב את פוליסת הביטוח יהיה רשאי לעבור לפוליסת פרט לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן - פוליסת המשך), בתנאים ובמקרים הבאים:</p>	
<p>האפשרות למעבר לפוליסת המשך תינתן למי שהיה מבטח ברציפות בפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי של אותה קבוצת מבטחים במשך תקופה של שלוש שנים לפחות בסמוך לפני מועד הפסקת הביטוח הקבוצתי; בין אצל המבטח ובין אצל מבטח אחר, וזאת במקרים ובתנאים המפורטים להלן, ובלבד שהמבטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה הקבוצתית הקיימת במועד המעבר לפוליסת המשך:</p> <p>11.1.1 סיום היחסים בין המבטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;</p> <p>11.1.2 הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהמבוטחים;</p> <p>11.1.3 פטירה שבשלה המבטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;</p> <p>11.1.4 גירושין שבשלם המבטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.</p>	<p>11.1</p>
<p>במקרים המפורטים בסעיפים 11.1.1; 11.1.2; 11.1.3; יפנה המבטח בכתב לכל מבטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ויציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת המשך, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבטח אצל מבטח אחר או שהמבטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.</p>	<p>11.2</p>
<p>במקרה המפורט בסעיף 11.1.4 המבטח יאפשר לכל מבטח שיפנה אליו בתוך 60 יום ממועד הפסקת הביטוח לגביו לעבור לפוליסת המשך תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.</p>	<p>11.3</p>

<p>על אף האמור בסעיף 11.2 לגבי מבוטח, אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה - פנייתו של המבטח למבוטח כאמור באותו סעיף קטן תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח; בפנייה כאמור יציע המבטח למבוטח לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד הודעת המבטח. הצעה כאמור תינתן רק אם אותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה הקבוצתית, ואינו זכאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה הקבוצתית.</p>	<p>11.4</p>
<p>סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יפחתו מאלה הקבועים למבוטח בפוליסה לביטוח הסיעודי הקבוצתי שברשותו, אלא אם כן ביקש זאת המבוטח; ואולם אם קיים במועד המעבר לפוליסת ההמשך כיסוי בסל שירותי הבריאות הדומה לכיסוי הקבוע בפוליסה, לא תחול על המבטח החובה לכלול את הכיסוי האמור בפוליסת ההמשך; לעניין זה, "סל שירותי הבריאות" - כאמור בתוספת השניה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 ובצו לפי סעיף 8(ז) לחוק האמו;</p>	<p>11.5</p>
<p>דמי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבטח; ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.</p>	<p>11.6</p>
<p>במעבר לפוליסת ההמשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.</p>	<p>11.7</p>

12 שחרור המבוטח מתשלום דמי ביטוח

כל עוד משולמים למבוטח תגמולי סיעוד חודשיים, יהיה המבוטח משוחרר מחובת תשלום דמי הביטוח בגין תקופת זכאותו לתגמול סיעודי ובגין הפרמיה לביטוח הסיעודי בלבד (ופרמיית הביטוח הכוללת בגין חבילת ביטוח הבריאות והביטוח הסיעודי תופחת באופן זה ב-40%).
סיים המבוטח את מלוא תקופת זכאותו לתגמול סיעודי ועדיין הינו במצב סיעודי, יפוג תוקף הביטוח הסיעודי לגביו והמבוטח לא ישלם בגין ביטוח סיעודי לאחר מועד זה.

13 הגשת תביעות למבטח ובדיקתן

ארע מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו על כך והיה בכוחו להודיע למבוטח כאמור, ולמסור לידיה את כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור חבותו, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב הסכמה בדבר ויתור על סודיות רפואית ו/או תפקודית ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות אחרת, למסור למבטח את המידע הרפואי ו/או התפקודי המלא הנוגע למבוטח. לא ישולמו תגמולי סיעוד חודשיים בגין התקופה הקודמת למסירת ההודעה למבטח, למעט במקרים בהם ימציא המבוטח אישורים רפואיים המצביעים בבירור על מצבו הסיעודי גם טרם מתן ההודעה. המבטח יהיה רשאי לנהל על חשבונו כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותו על פי הפוליסה, כפי שימצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה אינו עלול לסכן את בריאותו של המבוטח, מועד תשלום תגמולי הביטוח יהיה עד 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו עפ"י הפוליסה.

14 התיישנות

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

על פוליסה זו יחול חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.

16 ביטול ביטוחו של מבטח מסוים ו/או ביטול פוליסה

16.1

המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה, למעט במקרים המצויינים בהסכם שבין בעל הפוליסה לבין המבטח. ביטוחו של מבטח מסוים אינו ניתן לביטול על ידי המבטח אלא במקרים הבאים:

16.1.1 המבטח אינו משלם או לא שלם דמי ביטוח כסדרם. במקרה כנ"ל יבוטל הביטוח על פי הוראת חוק הביטוח.

16.1.2 לגבי מבטחים שהצטרפו לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות, במקרה של הפרת חובת הגילוי המוטלת על המבטח עפ"י חוק ובתנאי שיש בעניין שלא הובא לידיעת המבטח בכדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לבטח את המבטח עפ"י הפוליסה.

16.2

ביטול על ידי בעל הפוליסה ו/או המבטח:

16.2.1 המבטח רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח על פי הפוליסה בהודעה בכתב למבטח בכל עת.

16.2.2 ביטול הביטוח על ידי מבטח שהינו עמית משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי מבטח שהינו בן זוג של עמית ביטול הביטוח המתייחס לבן זוגו של עמית לא יהווה ביטול הפוליסה המתייחס למבטח שהינו עמית, אלא אם בקש זאת העמית במפורש.

16.2.3 בוטל ביטוחו של מבטח מסוים שהינו עמית כאמור בסעיף 7.2.2 יהיה בן/בת הזוג רשאי/ת להמשיך את הביטוח באותם התנאים בהם היו מבטחים קודם לביטול הביטוח על ידי העמית, ובלבד שהודיעו על כך בכתב למבטח לא יאוחר מ-90 יום מיום ביטול הפוליסה, ויסדירו עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח המגיעים לו מהם. יובהר, כי על אף האמור בפוליסה זו, בעל הפוליסה לא יגבה את דמי הביטוח מבני זוג שהמשיכו להיות מבטחים כאמור בסעיף זה בעבור המבטח, אלא אם ניתנה לכך הסכמתו המפורשת של העמית אשר הפסיק להיות מבטח, בכתב.

16.2.4 ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה משמעו ביטול לגבי כל המבטחים כאמור בסעיף 1.4.

16.2.5 למען הסר ספק מובהר כי שאירים יוכלו להמשיך את הביטוח הקיים שלהם בו היו מבטחים קודם לפטירת העמית עפ"י ההסדר הכספי שיהיה בתוקף אצל המבטח.

16.2.6 ביטול הכיסוי הסיעודי למבטח מסויים יתבצע רק אם ביקש זאת המבטח. תוקף הביטוח הסיעודי לא יותנה בתוקפם של רכיבי הביטוח האחרים.

מבטח שיבקש לאחר הצטרפותו לביטוח הקבוצתי להשאר בתוקף את הביטוח הסיעודי בלבד, יעבור לפוליסת ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי "צוות" הכוללת מרכיב סיעוד בלבד. זאת תוך שמירה על רצף ביטוחי וללא צורך בהוכחת מצב בריאות חדשה.

17

שונה כתובתו של המבטח, המבטח או בעל הפוליסה, יודיע זה שכתובתו שונתה על השינוי לאחרים. כל עוד לא ניתנה הודעה כזו, יוכלו הצדדים לראות בכתובת האחרונה שהודעה להם ככתובת הנכונה.

קבוצת מדנס מעמידה לרשות עמיתי "צוות" מערך שירותים וטיפול בלעדי ואישי כמפורט להלן:

<p>מוקד מידע טלפוני - מיועד לתת מענה לפניות השונות של עמיתי "צוות" כגון:</p> <ul style="list-style-type: none"> • מידע בנוגע לזכאות המבוטח לשירותים רפואיים במסגרת פוליסת "בריאות בצוות" • בירור הכיסוי הביטוחי. • שינויים למיניהם כגון: כתובת, אמצעי גביה אישי ועוד. • בעיות גביה. • נוהלי הצטרפות לביטוח. • כל בקשה או בירור הקשורים לפוליסה. • מידע על סטטוס תביעה. • מידע לגבי הפוליסות הפרטיות המוצעות בתנאים מיוחדים לילדי עמיתי "צוות". <p>מוקד תביעות - במוקד זה מטופלות תביעות המבוטחים באופן הבא:</p> <ul style="list-style-type: none"> • בדיקת זכאות. • בדיקת קיומם ותקינותם של כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים לצורך הגשת התביעה. • טיפול בהתחייבויות לספקי השירות. • החזר הוצאות ששולמו ישירות על ידי המבוטח בכפוף לכיסויי הפוליסה. • סילוק תביעות סיעוד לאחר בדיקת זכאות. <p>שעות הפעילות של מוקד "בריאות בצוות"</p> <p>בימים א'-ה' בין השעות: 08:00 עד 17:00. לאחר שעות הפעילות הנ"ל, בימי שישי, שבת וחגים יטופלו מקרים לניתוחים דחופים בלבד. טלפון: 251-700-700-1, פקס: 03-6380399. כתובת: מוקד "בריאות בצוות", קבוצת מדנס, רח' השלושה 2, תל אביב 6706054. tzevet@madan.es.com:7</p>	<p>א מוקד "בריאות בצוות"</p>
<p>קבוצת מדנס מפעילה אתר אינטרנט מיוחד לפוליסת "בריאות בצוות". כתובת האתר: www.bhealthy.co.il</p> <p>האתר כולל:</p> <ul style="list-style-type: none"> • מידע על הפוליסה הקולקטיבית - תנאי ביטוח, סיכומי כיסוי. • מידע על ההרחבות האופציונאליות לבני משפחה כולל טפסי הצטרפות. • מידע על נהלי הגשת תביעה כולל טפסי תביעה. <p>באמצעות האתר מוזמן כל עמית לפנות אלינו בשאלה או הבהרה ויקבל תשובה בכתב לכתובת המייל שלו.</p>	<p>ב אתר אינטרנט</p>

<p>לכל עמית "צוות" יש שתי חלופות לרכישת ביטוח בריאות לילדיו:</p> <ul style="list-style-type: none"> פוליסת "בריאות בצוות" הזדה לפוליסה של העמית. פוליסת בריאות פרטית בתנאים מיוחדים לילדי עמית "צוות". <p>לפרטים נוספים (פרמיות, נהלי הצטרפות) ניתן לפנות למוקד "בריאות בצוות".</p>	<p>פוליסה לילדים ג</p>
<p>עם היוודע הצורך בניתוח או בכל טיפול רפואי אחר המכוסה במסגרת הפוליסה, הינך מתבקש/ת לפנות בהקדם למוקד "בריאות בצוות".</p> <p>במוקד "בריאות בצוות" נסייע וניתן לך את המידע הראשוני לגבי האפשרויות העומדות לרשותך למימוש זכאותך על פי תנאי פוליסת הבריאות.</p>	<p>נוהל הגשת תביעה</p>
<p>בימים א'-ה' - 08:00-17:00.</p> <p>לאחר שעות הפעילות הנ"ל, בימי שישי, שבת וחגים, ייענו במקרים לניתוחים דחופים בלבד.</p>	<p>שעות הפעילות של מוקד "בריאות בצוות"</p>
<p>ככפוף להנחיות שקיבלת ממוקד "בריאות בצוות" הנך מתבקש/ת להעביר למוקד באמצעות הדואר או בפקס את המסמכים הרפואיים המציינים באופן ברור ומדויק את אבחנת הרופא והמלצתו וכן את טופס התביעה על כל פרטיו.</p> <p>ייתכן שלצורך קביעת זכאותך נזדקק למסמכים רפואיים נוספים או לעותק מתיקך הרפואי בקופת החולים אשר במסגרתה הנך חבר/ה.</p> <p>למימוש תביעה, הנך מתבקש לשלוח קבלות מקוריות בדואר רשום, ובציון ת"ז, פרטים אישיים כתובת וטלפון של המבוטח.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> תבוצע העברה כספית לחשבון הבנק של מגיש התביעה העברה תעשה בצורה מרוכזת פעם אחת בשבוע 	<p>תשלום תביעות</p>
<p>דואר אלקטרוני: tzevet@madanes.com</p> <p>מוקד "בריאות בצוות"</p> <p>טל' 03-6380399-1-700-251 פקס:</p> <p>כתובת: מוקד "בריאות בצוות", קבוצת מדנס, רח' השלושה 2, ת.ד. 9050 תל אביב 67060.</p>	

מוצאה ומוסכם בזה כי תמורת הנחה בפרמיה בוחר המבוטח לביטוח במסלול זה על פי התנאים המפורטים להלן:

1 התחייבות המבוטח למצות את זכאותו לביטוח המשלים (שב"ן)

תנאי הביטוח על פי נספח זה זו הינם במתכונת "משלים לשב"ן", על כן המבוטח יחולו התנאים הבאים:

<p>1.1 בכל מקרה תביעה לניתוח על פי פרק ד' לפוליסת הביטוח, יפנה תחילה המבוטח לשב"ן בו הוא חבר, ויברר את זכאותו בהתאם לתנאי השב"ן.</p>	<p>1.1</p>
<p>1.2 המבוטח יודיע למבטח, מוקדם ככל שניתן, על החלטת השב"ן לגבי התביעה שהוגשה.</p>	<p>1.2</p>

2 תגמולי ביטוח

<p>2.1 בכפוף לאמור בפרק ד, המבטח ישפה את המבוטח או ישלם לנותן השירות עבור ההוצאות בגין שירותי ניתוח ואשפוז, בסכום ההפרש שבין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח על פי תנאי פוליסה זו, לבין זכאותו לתגמולים במסגרת תוכנית השב"ן בה הוא חבר, ככל שזכאי להם.</p>	<p>2.1 תגמולי ביטוח עבור טיפולים רפואיים בפרק "ביטוח ניתוחים" (פרק ד)</p>
---	---

<p>2.2 אחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן, ישלים המבטח למבוטח לפחות את ההפרש שבין סך ההוצאות לבין ההוצאות שהוא זכאי לקבל על פי תנאי השב"ן. תגמולי הביטוח בתוכנית זו יהיו עד לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח במסגרת הכיסוי הניתן בפרק ד' לפוליסה ובניכוי ההשתתפות העצמית הנקובה בפרק זה. (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות על פי הוראות רופא או בית החולים).</p>	<p>2.2</p>
--	------------

<p>2.3 קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כמפורט להלן:</p>	<p>2.3</p>
---	------------

2.3.1 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח במסגרת הכיסוי הניתן בפרק ד' לפוליסה ובניכוי ההשתתפות עצמית הנקובה בפרק זה (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות).

2.3.2 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובניכוי ההשתתפות העצמית הנקובה בפרק ד' לפוליסה.

ביטל המבוטח את חברותו במסגרת השב"ן, יהיה רשאי לפנות למבטח, תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן. המבוטח רשאי לפנות למבטח, בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתכנית שב"ן בקופה אחרת (שבה קיימת תקופת אכשרה) ובין אם לאו, בבקשה לעבור לכיסוי מלא על פי תנאי פרק ד' לפוליסה, תוך מתן רצף ביטוחי ובפרמיה הנהוגה לכלל המבוטחים בפוליסה. תחילת תקופת הביטוח המלא תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן.

לעניין סעיף קטן זה, "מועד ביטול החברות בתכנית השב"ן" - מועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.

מודגש בזה כי, בכל מקרה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח תהיה בניכוי ההשתתפות העצמית הנקובה בפרק ד' בפוליסה.

מוקד "בריאות בצוות"

טלפון: 1-700-700-251 | פקס: 03-6380399

שעות פעילות: בימים א-ה' | בין השעות 08:00-17:00
מעבר לשעות פעילות המוקד יטופלו פניות בנושא ניתוחים
דחופים בלבד.

לפניות באמצעות אתר האינטרנט:

www.behealthy.co.il

כתובת למשלוח דואר ותביעות:

"בריאות בצוות" - מדנס

רח' השלושה 2 תל אביב 67060

tzevet@madan.es.com

במקרה של תביעה, בירורים ושאלות ניתן
לפנות ל מוקד פיקס *3455 | 03-7332222



במציאות כמו שלנו, **תבדוק שיש לך הפניקס.**

הפניקס חברה לביטוח בע"מ. משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | www.fnx.co.il | infom@fnx.co.il