

דצמבר 2014

עובדות/ יקר/ה,

ארגון עובדי בנק הפועלים שמח לבשר לך על חידוש תוכנית ביטוח הבריאות הקבוצתי של עובדי בנק הפועלים ובני ביתם שהסתיימה בחברת "הראל" וחודש בחברת "מגדל".

ההסכם החדש יכנס לתוקף במועד 1.12.2014.

ההנהלה וארגון העובדים רואים בעובדי הבנק את אחד מנכסיו החשובים ביותר ופועלים ככל הניתן לשיפור ושמירה על בריאות העובדים ויקיריהם. על כן, גם בתקופת הפוליסה החדשה הביטוח לעובדים הקבועים ימומן ברובו ע"י הבנק. בני המשפחה יבוטחו בתנאים ייחודיים ואטרקטיביים.

תוכנית הביטוח העומדת לרשותך תעניק לך ולבני משפחתך את ההגנה והביטחון הראויים למקרים רפואיים שאינם מכוסים באופן מלא ומספק במסגרת חוק ביטוח בריאות הממלכתי ובמסגרת תוכניות השב"ן (ביטוח משלים) של קופות החולים. אנו מייחסים לתוכנית זו חשיבות רבה לשמירה על איכות חיים ולעיתים אף להצלחת חיים.

לתשומת ליבך, הכיסוי בפרק הניתוחים בארץ שונה ובפוליסה החדשה יהיה כיסוי משלים לשב"ן (שירותי בריאות נוספים - הביטוח המשלים של קופ"ח).

במסגרת פרק זה ניתן יהיה לקבל מחברת הביטוח החזרים וזאת לאחר הגשת התביעה לביטוח המשלים בקופ"ח.

לידיעתך, הביטוח הסיעודי חודש ונותר ללא שינוי עד לתאריך 1.6.2015 על פי הנחיית המפקח על ביטוח, אנו פועלים להארכת כיסוי זה.

מוקד "מגדל" עומד לרשותכם 24 שעות ביממה בטלפון: 1-700-50-66-62

ניתן לפנות בפקס מס' 076-8869540 או במייל: bankhapoalim@migdal.co.il

בברכת בריאות טובה,

ארגון עובדי בנק הפועלים

הוועד הארצי

תוכן עיניינים

גילוי נאות | 5-13

הנחיות להגשת תביעה | 14-15

תרשים זרימה להגשת תביעה לניתוח | 16

פוליסה תנאים כלליים | 17-25

פרק א' 1 - השתלות בארץ או בחו"ל | 26-28

פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל | 29-30

פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל | 31

פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות | 32-34

פרק ג' -ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים משלים שב"ן | 35-39

פרק ד' לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים | 40-43

פרק ה' - טיפולים מחליפי ניתוח | 44-45

פרק ו' - ביטוח סיעודי | 46-48

פרק ז' - שירותים נוספים | 49-53

פרק ז' 1 שירות רופא עד הבית ו/או המשרד | 49-50

פרק ז' 2 - ייעוץ / טיפול פסיכולוגי | 51

פרק ז' 3 - רפואה משלימה | 52

פרק ח' - נספח עזרה | 53

נספח ב' - השירותים (SLA) | 54-56

מדריך לקונה ביטוח סיעודי של המפקח על הביטוח | 58-79

חלק א' - ריכוז פרטים עיקריים על הפוליסה ותנאיה

תנאים	סעיף	נושא
ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי בנק הפועלים בע"מ.	1. שם הפוליסה	כללי
בנק הפועלים בע"מ באמצעות ארגון עובדי בנק הפועלים.	2. שם בעל הפוליסה	
מגדל חברה לביטוח בע"מ.	3. שם המבטח	
<ul style="list-style-type: none"> • השתלות בישראל או בחו"ל - פרק א' ו'. • טיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א' 2. • כיסוי לניתוחים בחו"ל - פרק א' 3. • תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב'. • ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים - פרק ג'. • טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים - פרק ד'. • טיפולים מחליפי ניתוח - פרק ה'. • ביטוח סיעודי - פרק ו'. • חבילת כתבי שירות - פרק ז'. • שירות רפואי עד הבית - פרק ז' 1. • יעוץ טיפול פסיכולוגי - פרק ז' 2. • רפואה משלימה - פרק ז' 3. • נספח עזרה - פרק ח'. 	4. הכיסויים	
<p>ארבע שנים מיום 01.12.2014 ועד 30.11.2018.</p> <p>למעט ביטוח סיעודי (פרק ו') שישיתיים ב 30.06.2015 בכפוף לחוזר המפקח על הביטוח שמספרו 1-7-2014 וכן בכפוף להוראות שיהיו בעתיד בנושא.</p>	5. משך תקופת הביטוח	
בעל הפוליסה רשאי להאריך הפוליסה לתקופה נוספת של 12 חודשים, ולאחר מכן לתקופה נוספת של 36 חודשים, אלא אם כן הודיע אחד הצדדים על רצונו שלא לחזור את תקופת הביטוח עפ"י פוליסה זו. לפחות 4 חודשים לפני מועד תום תקופת הביטוח.	6. תנאים לחידוש אוטומטי	
<p>(א) בתום ההסכם ובכל במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא, ו/או במקרה של פטירה ו/או במקרה של עובד שנישואיו הגיעו לקצם בגירושין או בשל פרידה מידועה/בציבור, יהיו זכאים המבוטחים להמשיך להיות מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר לפוליסה הקבוצתית.</p> <p>(ב) התעריפים הינם התעריפים שיהיו קיימים אצל החברה המבטחת לפוליסת בריאות באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל המבטח בפוליסה עפ"י סעיף א' לעיל, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 35% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה ובכפוף לאמור בסעיף א' לעיל, למשך 5 שנים ו-25% החל מהשנה השישית ואילך, לכל החיים.</p> <p>(ג) לגבי מרכיב הסיעוד בפוליסה: ינתן ביטוח סיעודי פרט בפרמיה קבועה בלבד בהנחה בשיעור 30% לכל אורך חיי הפוליסה (ללא עמלת סוכן) על "מחיר הספר", בגין סכומי ותקופות הביטוח שמבוטחים בפוליסה, וזאת ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת אכשרה וללא סייג רפואי קודם כלשהו.</p>	7. המשכיות	

תנאים	סעיף	נושא
<p>(ד) במקרה של פרישה לגמלאות של העובדים, יהיו זכאים העובדים, בני/ות זוג וילדיהם להצטרף לפוליסת גמלאי בנק הפועלים, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו.</p> <p>(ה) החברה המבטחת תפנה בכתב לכל מבוטח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 180 ימים ממועד ניתוק יחסי עובד/ מעביד כאמור ותאפשר לו לבחור במעבר לפוליסת המשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. כמו כן, למבטוח שיפנה למבטח תוך 180 יום ממועד הפסקת הביטוח, תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. קרי, המבטח חייב לשלוח הודעה בכתב על הפסקת הביטוח למען המבטוח, והמבטוח תוך 180 יום רשאי להחליט על בחירה במעבר לפוליסת ההמשך ממועד קבלת ההודעה של המבטוח במענו.</p> <p>(ו) פוליסה לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי זו, לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטוח בשל כיסויים אלו.</p> <p>לתשומת הלב ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבטוח.</p>		
	8. תקופת אכשרה	אין
	9. תקופת המתנה	אין, למעט פרק ו', ביטוח סיעודי - 60 יום
<ul style="list-style-type: none"> • פרק ב' - תרופות 180 ש"ח למרשם לחודש, עד שני מרשמים שונים לחודש, למעט תרופות למחלת הסרטן ללא השתתפות עצמית. • פרק ג' - ניתוחים בישראל לחוות דעת נוספת עם רופא מומחה לפני ניתוח 25% השתתפות עצמית, לבדיקות אבחנתיות המבוצעות לקראת ניתוח ולשם ביצועו או לאחר האשפוז לכל בדיקה לשנת ביטוח 20% השתתפות עצמית. • פרק ד' - טכנולוגיות מתקדמות ושירותים אמבולטוריים: <ul style="list-style-type: none"> ◦ התייעצות עם רופא מומחה - 20% השתתפות עצמית ◦ בדיקות אבחנתיות - 25% השתתפות עצמית ◦ בדיקה לאפיין והתאמת הטיפול למחלת הסרטן 20% השתתפות עצמית ◦ בדיקות גנטיות 25% השתתפות עצמית ◦ טיפולים פיזיותרפיים - 20% השתתפות עצמית ◦ טיפולים ויעוצים אונקולוגיים 20% השתתפות עצמית ◦ טיפולי הפרייה אשר בוצעו במבוטחת בחו"ל 20% השתתפות עצמית ◦ בדיקות ושרותים לנשים בהריון 25% השתתפות עצמית ◦ אבחון גנטי טרום לידתי 25% השתתפות עצמית • פרק ו' - סיעודי 30% מהוצאות שיפוי מיוחד לשיקום • פרק ז' 1 - ביקור רופא בבית - השתתפות עצמית 26 ש"ח • פרק ז' 2 - יעוץ פסיכולוגי - 20% השתתפות עצמית לטיפול עד 20 טיפולים בשנה • פרק ז' 3 - רפואה משלימה - השתתפות עצמית של 50% ולא יותר מ 50 ש"ח לטיפול עד 7 טיפולים בשנת ביטוח. במקרה של יעוץ על ידי גותן שרות שבהסדר השתתפות עצמית של 59 ש"ח לטיפול. 	10. השתתפות עצמית	

תנאים				סעיף	נושא	
במידה וישודרגו הביטוחים המשלימים בקופות החולים ו/או יחולו שינויים בחוק הבריאות, רשאי בעל הפוליסה להתאים / להרחיב/ לשנות / לשדרג את הכיסוי בפוליסה כתוצאה משינויים אלו, בתיאום עם המבטח.				11. שינוי תנאים במהלך תקופת הביטוח	שינוי תנאים	
דמי ביטוח בגין פוליסה הכוללת את פרקים א'-ח' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה, קרי השירותים (SLA) הכוללת ביטוח סיעודי עד תום התקופה, קרי עד ה-30.11.2018; ובכפוף לסעיפים 4.3 ו-4.4 להסכם				12. גובה דמי הביטוח	דמי ביטוח	
ילד מעל גיל 30	ילד עד גיל 30	כל ילדי העובד עד גיל 30	בן/ת זוג וכל הילדים עד גיל 30	בן/ת זוג	עובד/ת	פרמיה / מבטוח
78.6 ₪	22.4 ₪	61.4 ₪	147.9 ₪	86.5 ₪	86.5 ₪	בריאות (פרקים א'-ח') למעט פרק ו'
11.8 ₪	2.2 ₪	3.3 ₪	19.8 ₪	16.5 ₪	15.8 ₪	סיעוד - פרק ו'
90.4 ₪	24.6 ₪	64.7 ₪	167.7 ₪	103 ₪	102.3 ₪	סה"כ פרמיה ביטוח בריאות וסיעוד פרקים א'-ח'
יובהר כי במידה והביטוח הסיעודי יבטל, תוספת הפרמיה בגין הביטוח הסיעודי תבוטל והפרמיה שתשולם הינה הפרמיה בגין פרקי ביטוח הבריאות בלבד. הפרמיה בגין הביטוח הסיעודי תמומן לעובדים ע"י ארגון העובדים עד ה-30.06.2015.						
למבוגר - פרמיה קבועה, לילד - פרמיה קבועה עד גיל 30.				13. מבנה דמי הביטוח	דמי ביטוח (המשך)	
התאמת פרמיה תבוצע לאחר 24 חודשים כמפורט בסעיף 42 לפוליסה				14. שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת הביטוח		
בכל עת, בהודעה בכתב לחברה, אין החזר פרמיה לתקופה שבה הייתה הפוליסה בתוקף.				15. תנאי ביטול הפוליסה על-ידי מבטוח	תנאי ביטול	
בהתאם לתנאי ההסכם בין הצדדים.				16. תנאי ביטול הפוליסה על-ידי החברה או בעל הפוליסה		
לא קיים, למעט אם קיימת החרגה, הפירוט מופיע בדף פרטי הביטוח.				17. החרגה בגין מצב רפואי קודם	חריגים	
<ul style="list-style-type: none"> סעיף 3 לפרק ב' בפוליסה. סעיף 1.4 לפרק ג' בפוליסה סעיף 6 בפרק ו' לפוליסה למצטרפים חדשים בלבד. 				18. סייגים לחבות החברה		
<ul style="list-style-type: none"> במקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי: בעת השירות הצבאי חלות הראות והנחיות הצבא, המשתנות מפעם לפעם ועלולות להגביל או למנוע מן החייל קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. לעניין זה עלולה להיות השפעה על מימוש הזכויות המגיעות בהתאם לפוליסה. הגבלת אחריות בחו"ל - מתן כיסוי לשירותים רפואיים בחו"ל כמפורט בהסכם זה בלבד. קיימת אפשרות על פי דרישת המבטוח, לברר את זכויותיו בשל מקרה ביטוח מסוים ולקבל את פירוט תגמולי הביטוח הנכללים בתוכנית זו באמצעות מוקד השירות של החברה וכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו: www.migdal.co.il. 				19. תנאים מהותיים		

חלק ב' - ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך המבטח באישור מראש מחלקת תביעות של המבטח	מתק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
מסלול שיפוי					
פרק א' א' - השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
<p>בטרם תשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות בישראל או בחו"ל תבחן החברה בין היתר, אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים התשס"ח 2008 ובכלל זה אם התקימו התנאים המצטברים להלן:</p> <p>א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.</p> <p>ב. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.</p> <p>החברה תהיה חייבת בתשלום תגמולי הביטוח רק אם התקימו התנאים הנ"ל וכן יתר תנאי הפוליסה.</p>					
הכיסוי הביטוחי	כיסוי להוצאות הבאות בעת ביצוע השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל: הערכות רפואיות לפני ביצוע ההשתלה, הוצאות לצורך קציר האיבר המושטל שימורו והעברתו, הוצאות אשפוז, הוצאות הצוות הרפואי וחדר הניתוח, כיסוי בעת האשפוז: בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות. הוצאות הבאות מומחה רפואי לישראל ומימון שהייתו כתחליף להשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל. בכפוף לסכום הנקוב בפוליסה	שיפוי (במקרה של זכאות תישא חברת הביטוח בעלויות התשלום במקום המבוטח ובהתאם לסכומים המפורטים בפוליסה)	לא	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").	כן
הוצאות נלוות	הוצאות נסיעה לחול של מבוטח ומלווה אחד (2 מלווים במקרה של ילד מתחת לגיל 21), הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל אם המבוטח אינו כשיר מבחינה רפואית, הוצאות לשהייה בחו"ל, המשך טיפולים בארץ, הוצאות הטסת גופה לישראל, בכפוף לסכום הנקוב בפוליסה	שיפוי	לא	תחליפי	כן
סכום השיפוי המרבי:	להשתלת איבר: ללא תקרה להוצאות נלוות להשתלה: סכום ביטוח נוסף של עד 786,500 ₪. לטיפול מיוחד בחו"ל - עד 600,000 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	לא	תחליפי	כן
כיסוי נוסף					
גמלת החלמה לאחר השתלה	לאחר ביצוע השתלה יהיה זכאי המבוטח לגמלה חודשית בסך 4,840 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה.	פיצוי (במקרה של זכאות תשלום חברת הביטוח את הסכום הקבוע בתנאי הפוליסה)	לא	מוסף (ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.)	לא

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
מסלול פיצוי בגין השתלה בלבד					
לא	מוסף	לא	פיצוי	פיצוי חד פעמי בסך 286,660 ש"ח	כיסוי ביטוחי
פרק א'3 ניתוחים בחו"ל					
כן	תחליפי	לא	שיפוי	בגין ניתוחים בחו"ל יהיה תקרת שיפוי מלאה. בנוסף סכום ביטוח חד פעמי בסך 61,382 ש"ח בגין הוצאות נסיעות או הוצאות של מלווים.	כיסוי ביטוחי
פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי					
כן	תחליפי ומוסף	לא	שיפוי	כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות או תרופות הכלולות בסל הבריאות אך לא להתוויה הרפואית המוגדרת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובלבד שאושרו לשימוש הנדרש בישראל או באחת המדינות המוכרות וכן, תרופות יתום ותרופות שהגדרו כ OFF LABEL, על פי תנאי הפוליסה.	הכיסוי הביטוחי
כן	תחליפי ומוסף	לא	שיפוי	עד 1,209,980 ש"ח למבוטח לתקופת ההסכם	סכום השיפוי המרבי
כן	תחליפי ומוסף	לא	שיפוי	עד 185 ש"ח ליום.	שיפוי לשירות או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה
פרק ג' ביטוח ניתוח בארץ					
				כיסוי להוצאות הבאות בעת ביצוע ניתוח פרטי בישראל; שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח ואשפוז בבית חולים פרטי, ובדיקה פתולוגית.	הכיסוי הביטוחי
				החברה המבטחת תשלם ישירות לנותן השרות או תשפה את המבוטח באופן מלא בגין הוצאות לשירותים רפואיים הקשורים לניתוח, לאחר שהמבוטח מיצה את מלוא זכויותיו באמצעות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA), במסגרת השב"ן שברשותו. כמו כן מובהר בזאת, כי אי קיום / מימוש נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA), ו/או במידה והרופא אינו מכבד את ההתחייבות מהשב"ן יקנה/ יממש כיסוי כנקוב להלן ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן.	סכום השיפוי המרבי

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
				<p>באחריות החברה המבטחת לשאול ולוודא עם המבוטח, כי יש ברשותו שב"ן בקופת החולים בה חבר.</p> <p>מובהר כי מבטוח שאין ברשותו שב"ן, יכוסה כנקוב בסעיף זה ובפרק זה על כל מרכיביו בהחזר מלא, וזאת מעבר לגובה הכיסוי / החזר הקיים בשב"ן הרלוונטי בקופה בה חבר, לו היה זכאי לקבלו במידה והיה חבר בשב"ן.</p> <p>החברה המבטחת תשפה מבטוח בעל שב"ן באופן מלא, ע"פ פרק זה על כל מרכיביו ובהחזר מלא, לאחר שמיצה את מלוא זכויותיו במסגרת השב"ן שברשותו, וזאת לאחר שהחברה המבטחת פעלה עבורו באמצעות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) וזאת כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור. מובהר כי מבטוח שאין ברשותו שב"ן, יכוסה כנקוב בסעיף זה ובפרק זה, ומעבר לגובה הכיסוי / החזר הקיים בשב"ן הרלוונטי בקופה בה חבר, לו היה זכאי לקבלו במידה והיה חבר בשב"ן. והכול תוך תקופה שלא תעלה על 14 ימי עבודה מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי המבוטח לצורך ביצוע התשלום. מובהר בזאת, כי אי קיום נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA), יקנה / יממש כיסוי כנקוב להלן ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן בהתאם לסעיף זה.</p>	<p>סכום השיפוי המרבי (המשך)</p>
				<p>שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי. התייעצות לפני ואחרי ניתוח התייעצות מוקדמת אחת לפני ניתוח ושתי התייעצויות אחרי הניתוח.</p> <p>חו"ד נוספת של רופא מומחה לפני ניתוח אצל רופא שיבחר ע"י המבוטח עד תקרה של 2,905 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%.</p> <p>הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז והניתוח כולל אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ו/או במחלקות ו/או ביחידות מקצועיות מכל סוג שהוא.</p> <p>הוצאות בגין בדיקה פתולוגית.</p>	<p>כיסויים נלווים לניתוחים</p>

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
				כיסוי הוצאות טיפולים פיזיותראפיים בעת האשפוז לאחר ניתוח 620 ש"ח לכל יום אשפוז. תותבת - אביזר מושתל עד לסך 42,350 ש"ח בלבד לשנת ביטוח. אחות פרטית עד 970 ש"ח לכל יום אשפוז, עד 14 ימי אשפוז.	כיסויים נלווים לניתוחים
לא	מוסף	לא	פיצוי	הדבקות בנגיף הפטיטיס B - 39,930 ש"ח הדבקות במחלת ה-AIDS - 182,710 ש"ח	פיצוי חד פעמי במקרים מיוחדים
כן	מוסף	לא	שיפוי	1,100 ש"ח לכל יום ומקסימום 12 ימים.	ימי החלמה בעת ביצוע ניתוח גדול
לא	מוסף	לא	פיצוי	פיצוי חודשי בסך 3,995 ש"ח לחודש לאחר 3 חודשי המתנה לתקופה של 12 חודש.	אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח
לא	מוסף	לא	פיצוי	המבוטח יהיה משוחרר מתשלום פרמיה בגין הביטוח לתקופת תשלום פיצוי אובדן כושר עבודה.	שחרור מתשלום פרמיה
כן	מוסף	לא	שיפוי	ביופסיות יכוסו ללא תקרה. בדיקות אבחנתיות ובדיקות הדמיה וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, המבוצעות במהלך האשפוז לקראת הניתוח ו/או במהלך הניתוח יהיה המבוטח זכאי לכיסוי מלוא ההוצאה עבור הבדיקות ללא תקרה. בדיקות אבחנתיות ובדיקות הדמיה וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, המבוצעות לקראת ניתוח ולשם ביצועו או לאחר האשפוז אך שלא במהלך האשפוז ו/או לאחר הניתוח שיפוי בגין הוצאות עד 6,050 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית שהינה 20% לכל בדיקה לשנת ביטוח.	ביופסיות ובדיקות אבחנתיות

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
פרק ד' טכנולוגיות רפואיות ושירותים אמבולטוריים					
כן	מוסף	לא	שיפוי	התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח. בדיקות אבחנתיות. בדיקות לאפיין מחלת הסרטן. בדיקות גנטיות מניעתיות. טיפולים פיזיותרפיים. טיפולים ייעוציים אונקולוגיים. טיפולי ושירותי הפריה, בדיקות ושירותים לנשים בהריון. אבחון גנטי טרום לידתי. הפסקת הריון.	הכיסוי הביטוחי
				לפי פרוט בפרק ד' סעיפים 1.1 עד 1.10 בפוליסה.	סכום שיפוי מרבי
פרק ה' טיפולים מחליפי ניתוח					
כן	ביטוח מוסף	לא	שיפוי	טיפול רפואי או סדרת טיפולים רפואיים שאינם ניתוח אשר באים להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח: התייעצות אחת עם רופאים מומחים לפני ואחרי הטיפול, שכר נותן הטיפול, הוצאות חדר ניתוח או טיפולים, הוצאות אשפוז, הסעה באמבולנס.	הכיסוי הביטוחי
כן	ביטוח מוסף	לא	שיפוי	הטיפול החלופי יינתן בישראל או בחו"ל. סכום הביטוח בארץ עד סך 181,500 ש"ח. סכום הביטוח בחו"ל יהיה 200% מהעלות בארץ.	סכום שיפוי מרבי
פרק ו' סיעודי תקופת ביטוח עד 31.06.2015					
לא	מוסף	לא	פיצוי	פיצוי חודשי במקרה של מצב סיעודי תקופת המתנה של 60 יום תשלום עד 60 חודש פיצוי חודשי 12,100 ש"ח.	תשלום גמלת סיעוד
לא	תחליפי	לא	שיפוי	כיסוי להוצאות שיקום שמטרתם להוציא את המבוטח ממצב סיעודי ולהשיבו למסלול חיים פעיל 70% מההוצאות במועד ועד 36,300 ש"ח	כיסוי לשיקום
פרק ז' - כתב שירות - שירותים מיוחדים					
לא	תחליפי	לא	שיפוי	שירותי ביקור בית של רופא, בתיאום עם המוקד, בעלות של 26 ש"ח בלבד.	פרק ז' 1 שירות רופא עד הבית
לא	תחליפי	לא	שיפוי	לקבלת טיפול פסיכולוגי ו/או יעוץ החדר בגובה של 180 ש"ח לכל טיפול ועד 20 טיפולים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.	פרק ז' 2 יעוץ טיפול פסיכולוגי

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ז' 3 רפואה משלימה	שירותי רפואה משלימה - אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקרייז, ביו-פידבק, נטרופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת טווינא סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 50% ולא יותר מ-50 ש"ח לכל טיפול ועד 7 טיפולים לשנת ביטוח. במקרה שמבוטח פונה לנותן שרות שבהסדר עם חברת הביטוח ישלם המבוטח דמי השתתפות עצמית בסך של 59 ש"ח.	שיפוי	לא	תחליפי	לא
פרק ח' נספח עזרה					
נספח עזרה	בן משפחה המוגדר כמוטב יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הכלולים בפוליסה במחירים המיוחדים על פי ההסכמים של החברה המבטחת עם נותני השירותים השונים ובלוחות הזמנים בהם ניתנים השירותים למבוטחי החברה המבטחת אצל נותני השירותים.				

הגדרות - הגדרות אלה תקפות ליום פרסומן:

- "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 ("מההשקל הראשון").
- "ביטוח משלים" - ביטוח פרטי אשר על-פיו ישולמו תגמולי הביטוח 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.

הנחיות להגשת תביעה

בהיודע לך על צורך בשירות רפואי כלשהו המכוסה על פי הפוליסה עליך לפנות למוקד לעובדי וגמלאי בנק הפועלים בטלפון: 070-50-66-62-1 הפעיל 24 ש' ביממה

לפניות בכתב: "מגדל חברה לביטוח" תביעות בריאות-קולקטיב, ת.ד. 3063 קריית אריה פתח תקווה, מיקוד: 4951106.

לפניות במייל: bankhapoalim@migdal.co.il לפניות בפקס: 076-8869540

במקרה של צורך בהשתלה, ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל:

מאחר וביצוע השתלה או ניתוח או טיפול בחו"ל הינו הליך מורכב והטיפול בו שונה מאדם לאדם, חשוב ליצור קשר טלפוני עם המוקד, בהקדם, אף בטרם יצירת קשר עם גורם כלשהו בחו"ל, כדי לקבל הנחיות כיצד יש לטפל בתביעה.

במקרה של צורך בתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות:

עם היודע על הצורך בתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, שעלותן עולה על סכום ההשתתפות עצמית לתרופה לחודש, עליך לפנות אל מגדל בתביעה לצורך קבלת אישור לתשלום תגמולי הביטוח. לאחר קבלת האישור כאמור, במהלך תקופת נטילת התרופה, עליך להגיש למגדל כל 3 חודשים, מרשם חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית החולים בצירוף קבלות המעידות על רכישת התרופות בפועל.

במקרה של תביעת ניתוח -

הכיסוי הניתן לכם במסגרת הפוליסה בגין ניתוחים בישראל מהווה רובד משלים לתכנית השב"ן. בעת הצורך בביצוע הניתוח עליכם לפנות תחילה לקופת החולים למימוש הזכויות על פי תכנית השב"ן. במקביל יש לפנות למוקד התביעות של מגדל לצורך קבלת תגמולי ביטוח בגין הניתוח מעבר להשתתפות השב"ן, והכל בכפוף לנספח ב'- SLA אמת השרות.

את טופס התביעה ניתן לקבל ממוקד השירות או באמצעות אתר ארגון עובדי בנק הפועלים שכתובתו: www.poaalimunion.org.il

לנוחיותך, להלן מסמכים שיש להגיש בצירוף לטופס התביעה (לפי סוג האירוע)

1 לצורך הגשת תביעה בגין ניתוח / השתלה / טיפול רפואי מיוחד בחו"ל באופן פרטי:

- 1.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל (כולל ציון ממתני סובל המבוטח מהבעיה).
- 1.2 הפניה לניתוח
- 1.3 העתק תוצאות בדיקות
- 1.4 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)

2. לצורך הגשת תביעה במקרים בהם בוצע ניתוח באמצעות קופת חולים /או בהשתתפות:

- 2.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל.
- 2.2 מכתב שחרור מבית החולים.
- 2.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)
- 2.4 קבלות מקריות
- 2.5 מכתב התייחסות השב"ן בגין זכאותך להחזר בעלויות הניתוח

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

3.1 סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).

3.2 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)

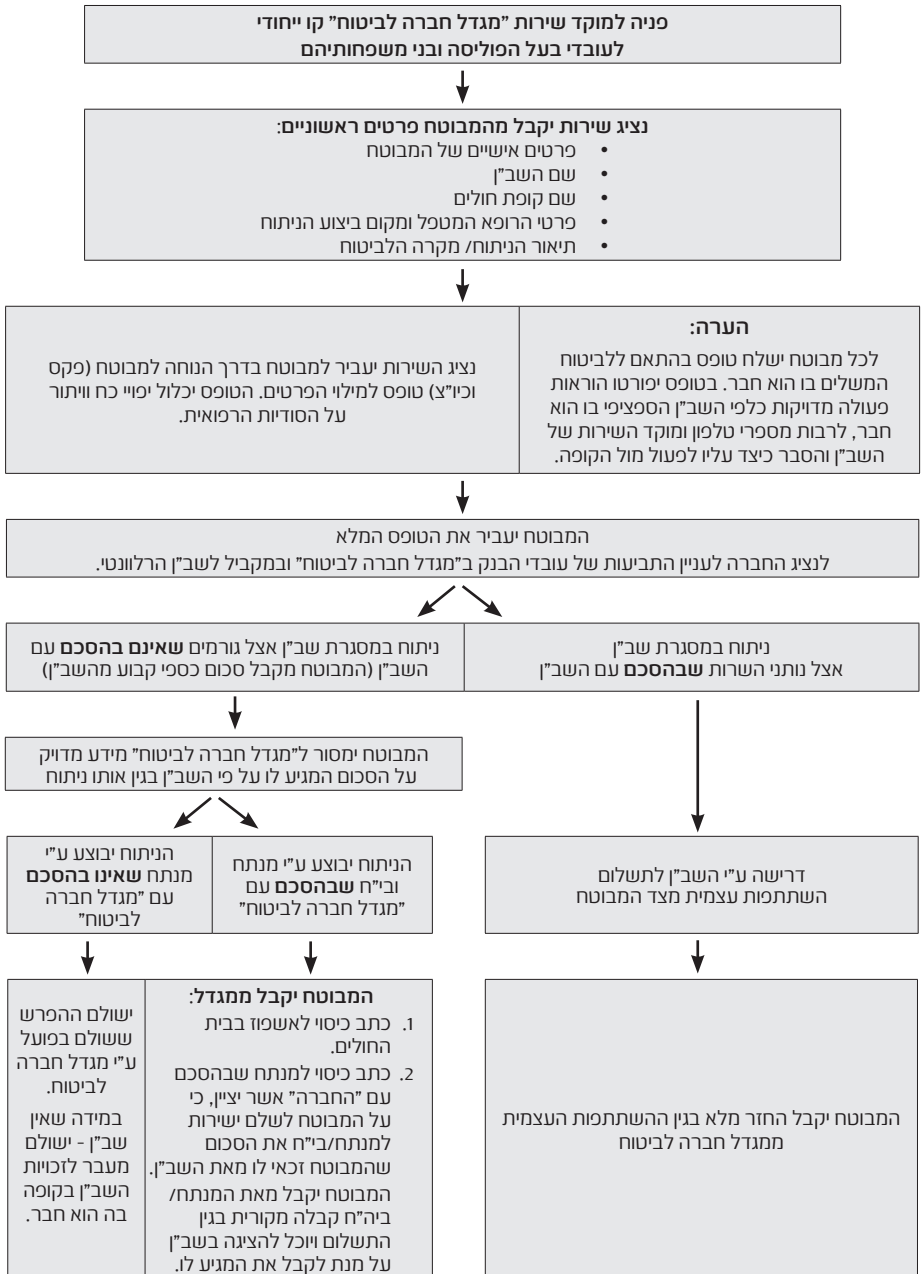
3.3 מכתב מהרופא המטפל הכולל את שם, מינון ועלות התרופה.

3.4 קבלות מקוריות.

יודגש כי במקרה תביעה ייתכן שיתבקשו מסמכים ומידע נוסף להזכירך, במקרה של צורך בשירות רפואי המכוסה על פי הפוליסה לרבות ביצוע ניתוח, השתלה או צורך בתרופות שלא בסל הבריאות, מומלץ לפנות מראש למוקד התביעות, וזאת בטרם ביצוע הטיפול הרפואי, לבירור הזכאות על פי הפוליסה.

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים

תרשים תביעה למבוטחי בעל הפוליסה - מסלול שב"ן



פוליסת בריאות קולקטיבית לעובדי בנק הפועלים ובני משפחותיהם

תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה + נספחיה

1. מבוא:

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן תבטח החברה בפוליסה קולקטיבית את המבוטח, תפצה ו/או תשפה ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה המבטחת לא יעלה על סכום הביטוח, הכול בכפוף וכאמור בפוליסה זו.

2. הגדרות:

2.1 בפוליסה זו היו, למונחים שלהלן הפירוש שלצידם:

"החברה המבטחת" מגדל חברה לביטוח בע"מ

"בעל הפוליסה" בנק הפועלים בע"מ באמצעות ארגון עובדי בנק הפועלים בע"מ

3. המבוטחים הינם:

א'. "מבוטח קיים"

מי שבמועד הצטרפותו לביטוח המקורי או לביטוח זה, הינו עובד אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן או בת זוגו (ובכלל זאת ידועה/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד מעל גיל 30, אשר בחרו להצטרף לפוליסה.

ב'. "מבוטח חדש"

מי שלא היה במועד ההצטרפות לביטוח עובד אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן/בת זוג (ובכלל זאת ידועה/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד מעל גיל 30.

ג'. "פוליסה קודמת"/
"ביטוח מקורי"

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה בהראל חברה לביטוח מיום 1.1.2002 ואשר חודשה בכלל ביטוח ב-1.6.2004 ואשר חודשה בהראל חברה לביטוח ביום 1.2.2007 ולאחר מכן חודשה שוב בהראל חברה לביטוח ביום 1.3.2010.

ד'.

למען הסר ספק, יובהר כי כל המבוטחים שבטוחו במסגרת פוליסת הבריאות של עובד בנק הפועלים ובני משפחותיהם שתחילתה בהראל חברה לביטוח מיום 1.1.2002 ואשר חודשה בכלל ביטוח ב-1.6.2004 ואשר חודשה בהראל חברה לביטוח ביום 1.2.2007 ולאחר מכן חודשה שוב בהראל חברה לביטוח ביום 1.3.2010, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, (להלן: "הפוליסה הקודמת" / "ביטוח מקורי") לרבות עובדים חדשים, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

- 1.12.2014
4. "המועד הקובע"
5. "פרמיה"
- דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה / המבוטח לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.
6. "תקופת המתנה"
- תקופה המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה ואשר במהלכה לא תהא על החברה המבטחת החובה לשלם למבוטח תגמולי ביטוח - חל רק על פרק הסיעוד ואובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח.
7. "המדד"
- מדד המחירים לצרכן - המדד הכללי המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחקר כלכלי או כל מדד שיחליף את מדד זה שיפורסם במקומו.
8. "המדד היסודי"
- מדד חודש דצמבר 2014 שפורסם ביום 15 לנובמבר 2014. כל הסכומים, סכומי הביטוח והפרמיות בפוליסה צמודים למדד זה.
9. "מנתח / מרדים שבהסכם"
- רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל הנמצא בהסכם עם החברה המבטחת, על כל הפרוצדורות שהוא מבצע, במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח. החברה המבטחת תעשה ככל שביכולתה על מנת שלא לגרוע רופא מרשימת רופאי ההסכם במהלך תקופת הביטוח בלא הסכמת בעל הפוליסה.
10. "בית חולים שבהסכם"
- מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים, לרבות, אך לא רק, מסלולי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים (שר"פ/שר"ן) ואשר לחברה המבטחת הסכם התקשרות עימו לצורך מתן שירותים ו/או ביצוע ניתוחים למבוטחים.
11. "סכום ביטוח"
- הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח.
12. "חוק הבריאות"
13. "קופת חולים"
14. "שירותי בריאות נוספים" (שב"נ)
- חוק בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994. כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך. וכאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובצו לפי סעיף 8 (ז) לחוק האמור.
15. "ישראל"
16. "חו"ל"
17. "בית חולים"
18. "בית חולים פרטי"
- מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל. כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינת אויב. מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
- בית חולים כמוגדר לעיל המורשה ע"י משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.

19. "השתתפות עצמית"
- חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פוליסה זו, תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
20. "אשפוז"
- שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי ו/או במרפאה, לרבות, אך לא רק, תרופות ובדיקות הקשורות לניתוח / טיפול רפואי שבוצע, לרבות, אך לא רק, אבחון, ריפוי, שיקום ומעקב רפואי.
21. "יום אשפוז"
- יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח ו/או לינת לילה בבית חולים ציבורי או פרטי. למען הסר ספק, אשפוז יום ייחשב כיום אשפוז לצורך הזכאות בפוליסה.
22. "שנת ביטוח"
- תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.
23. כל חוזרי המפקח המצורפים חלים על פוליסה זו - **אך הינם תנאי מינימום** - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים אלא אם קבע המפקח שלא ניתן להתנות על הוראות החוזר. לא ייעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה.
24. "כפל ביטוח" - היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, יהיה אחראי המבטח, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא הסכום, עד לגובה תקרת תגמולי הביטוח הקבועה בפוליסה הקבוצתית אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.
- (ב) בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
25. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות הפוליסה הקודמים לבין הוראות הפוליסה, יפעלו הסתירות ו/או אי הבהירות ו/או דו המשמעות לטובת המבוטח/ עם שהצטרף/ו הן ברצף ביטוחי והן כמבוטחים חדשים ו/או בעל הפוליסה, תוך הישענות על עיקרון כי הפוליסה באה להוסיף על תנאי הפוליסה/ות הקודמות, ולהטיב את תנאי המבוטחים הכלולים בו ו/או שהצטרפו אליו וכן בעל הפוליסה.
26. החברה המבטחת מתחייבת ליידע ולעדכן את בעל הפוליסה ולהתאים את ההפוליסה לכל הנחיה כללית או ספציפית רלוונטית שפורסמה ותפורסם בעתיד על ידי המפקח על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר בנוגע לביטוחי בריאות ו/או סיעוד קולקטיביים.
27. למבוטחים שהיו מבטחים בפוליסת בריאות פרטית ו/או פוליסה קיבוצית, בטרם או במהלך הביטוח הקודם או ביטוח זה, יישמר רצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופות אכשרה ו/או תקופות המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת בהתאם לכיסויים החופפים שהיו למבוטח בפוליסה הקודמת.

28. למען הסר ספק, תביעה שאושרה בתקופת הביטוח ו/או משולמת לשיעורין כדוגמת, אך לא רק, תביעת תרופות, תמשיך להיות משולמת בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי, ללא קשר ובנוסף למוגדר כמקרה ביטוח בפרק הרלוונטי.
29. בנוגע לתביעות של מבטחים קיימים, שמועד מקרה הביטוח אירע בתקופה בה הביטוח אצל המבטח הקודם הייתה בתוקף ו/או הזכאות ו/או הזכות לקבלת תגמולי ביטוח נוצרו במועד בו הביטוח הרפואי הקודם היה בתוקף ו/או אירוע שהמבטח הקודם חב בו, ארע בטרם כניסת פוליסה זו לתוקף או הגושה למבטח הקודם תביעה ו/או דרישה על ידי המבטח ותביעה ו/או דרישה זו לא אושרה או אושרה ולאחר מכן המבטח הקודם חזר בו או נדחתה מכל סיבה שהיא, או לא שולמה במלואה למרות שזכאות המבטח הייתה ו/או קיימת, יטופלו וישולמו ע"י החברה המבטחת, אשר תהיה רשאית להחתיים את המבטחים ע"ג הטפסים הנדרשים ע"מ לבצע את הליך השיבוב / החזר מול המבטח הקודם, ללא יוצא מן הכלל.
30. נספח ב' לפוליסה, השרות SLA וכן נספח ז' נספח השיווק ושימור הלקוחות, מהווים חלק מהותי ותנאי מתלה לקיום הפוליסה וההסכם.
31. התיישנות תביעות: תקופת התיישנות של תביעה לתשלום / לקבלת תגמולי ביטוח היא חמש שנים מיום ביצוע הטיפול / הניתוח / הפרוצדורה הרפואית / קבלת התרופה.
32. למען הסר ספק, סכומי הביטוח הרלוונטיים עבור כל הכיסויים בפוליסה זו יהיו כדלקמן: הסכום הגבוה מבין סכומי הביטוח המפורטים בפוליסה זו או סכומי הביטוח הממודדים בפוליסה הקודמת.
33. חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבטח והודיע המבטח למבטח או לבעל הפוליסה במהלך 60 הימים שלאחר מועד החידוש או השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי לפי העניין ובלבד שלא הגושה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
34. לפי סעיף 12(ב) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009 וסעיפים 6(א)(ג)(ד) "מתן מסמכים למבטח" לתקנות.
- (א) החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבטחים, 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;
- "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 החברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- (ג) חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למבטח, לפי דרישתו, העתק מהחווה שבין החברה ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח.

(ד) נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 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.

35. על פי סעיף 12(ב) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009 בנושא צירוף מבטח -

(א) מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

- (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד;
- (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

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.

(ב) סעיף משנה (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

- (1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
- (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באתם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה ובכפוף לסעיף 3 ד' בפרק ההגדרות לעיל.

(ג) פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

(ד) פוליסה לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי זו, לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלו.

36. מבטח לא יתקשר בחוזה עם בעל פוליסה אלא אם כן נקבע באותו חוזה כי - בעל הפוליסה ימסור למבטח, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה;

36.1 א. 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, במלוואה 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 הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

ב. 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 תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

37. המשכיות:

א) בתום הפוליסה ובכל במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא ו/או במקרה של פטירה ו/או במקרה של עובד שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין או בשל פרידה מיזועה/בציבור, יהיו זכאים המבוטחים להמשיך להיות מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית בחברה המבטחת, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר לפוליסה הקבוצתית.

ב) התעריפים הינם התעריפים שיהיו קיימים אצל החברה המבטחת לפוליסת בריאות באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה עפ"י סעיף א' לעיל, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות חמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 35% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה ובכפוף לאמור בסעיף א' לעיל, למשך 5 שנים ו-25% החל מהשנה השישית ואילך, לכל החיים.

ג) לגבי מרכיב הסיעוד בפוליסה, התעריפים הינם התעריפים שיחולו על המבוטחים.

ד) החברה המבטחת תפנה בכתב לכל מבוטח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 180 ימים ממועד ניתוק יחסי עובד/מעביד כאמור ותאפשר לו לבחור במעבר לפוליסת המשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. כמו כן, למבוטח שיפנה למבטח תוך 180 יום ממועד הפסקת הביטוח, תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. קרי, המבטח חייב לשלוח הודעה בכתב על הפסקת הביטוח למען המבוטח, והמבוטח תוך 180 יום רשאי להחליט על בחירה במעבר לפוליסת המשך ממועד קבלת ההודעה של המבטחת במענו.

ה) פוליסה לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי זו, לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כסויים אלו.

38. תנאי הצטרפות -

38.1 מבטוחים קיימים:

לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ח' לרבות נספח ב' ללפוליסה - השירותים (SLA) יצורפו כל המבטוחים הקיימים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3 (א') ו-3 (ד'), אשר היו מבטוחים בפוליסה הקודמת, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי.

38.2 עובדים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם:

א) לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ח' לרבות נספח ב' לפוליסה - השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף בתקופת מבצע בת 180 יום מיום זכאותם, עובדים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 (ב'), ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי.

ב) כל מי שלא הצטרף במהלך 180 יום אלו, יוכל לאחר מכן, להצטרף לפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

38.3 כללי:

החברה המבטחת תודיע למבטוח במכתב דחייה / קבלה לביטוח, וזאת תוך 30 יום מהמועד בו חתם המבטוח ע"ג טופס הבקשה להצטרף לביטוח. היעדר הודעה מעבר לתקופה של 30 יום כאמור לעיל כמוה כאישור החברה המבטחת לקבלת המבטוח לביטוח בכיסוי מלא וללא חריגות. סעיף זה רלוונטי לסעיף 38.2 ב' בלבד.

38.4 כל מי שעונה על ההגדרה בסעיף 27 לפרק ההגדרות בפוליסה, יצורפו לביטוח ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופות אכשרה ו/או תקופות המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת בהתאם לכיסויים החופפים שהיו למבטוח בפוליסה הקודמת.

39. תקופת הביטוח:

39.1 פוליסה זו הינה לתקופה של 4 שנים החל מיום 1.12.2014 ועד ליום 30.11.2018.

39.2 בעל הפוליסה רשאי להאריך את ההסכם והפוליסה בשנה נוספת באותם תנאים. ורק לאחר מכן בעל הפוליסה או החברה המבטחת יודיעו תוך פרק זמן של 4 חודשים לפני סיום ההסכם ביניהם על רצונם לחדש את ההסכם ל-3 שנים נוספות או אי רצונם לחדש ההסכם בתנאים המוסכמים.

39.3 ביחס לפרק הסיעוד תקופת הביטוח תהיה עד 30.06.2015 בכפוף לחזור המפקח על הביטוח וכן בכפוף להוראות שיהיו בעתיד בנושא. במידה והוראות המפקח והתקנות בנושא יבטלו ו/או תינתן הארכה, ימשיך הביטוח הסיעודי לכל תקופת הביטוח ו/או לכל תקופת הארכה שתינתן. הוראות וכללים לגבי המשך הביטוח הסיעודי שלא כביטוח קולקטיבי יפורסמו בהתאם להחלטות המפקח על הביטוח ובתאום בין החברה המבטחת לבעל הפוליסה וזאת ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת אכשרה וללא סייג רפואי קודם כלשהו.

40. דמי הביטוח

40.1 מוסכם בזאת, כי החל ממועד כניסת הפוליסה לתוקף, ישולמו דמי הביטוח, בשיעורים הקבועים בפוליסה, במרוכז ע"י בעל הפוליסה.

40.2 דמי הביטוח הינם: לעובדים ובני משפחותיהם

פרמיה/מבוטח	עובד/ת	בן/ת זוג	בן/ת זוג וכל הילדים עד גיל 30	כל ילדי העובד עד גיל 30	ילד עד גיל 30	ילד מעל גיל 30
בריאות (פרקים א'-ח') למעט פרק ו'	86.5 ש"ח	86.5 ש"ח	147.9 ש"ח	61.4 ש"ח	22.4 ש"ח	78.6 ש"ח
סיעוד - פרק ו'	15.8 ש"ח	16.5 ש"ח	19.8 ש"ח	3.3 ש"ח	2.2 ש"ח	11.8 ש"ח
סה"כ פרמיה ביטוח בריאות וסיעוד פרקים א'-ח'	102.3 ש"ח	103 ש"ח	167.7 ש"ח	64.7 ש"ח	24.6 ש"ח	90.4 ש"ח

41. תנאי הצמדה

41.1 כל הסכומים המופיעים בפוליסה ובנספחים/פרקים המצורפים לה יהיו צמודים למדד הבסיסי הידוע ביום 15.11.2014 שהינו 12378 נק'.

41.2 חישוב ההצמדה יהיה כיחס שבין המדד החדש ובין המדד הבסיסי. המדד החדש יהיה המדד האחרון הידוע בראשון לכל חודש שבו מבוצע התשלום.

42. התאמת דמי הביטוח:

הליך להתאמת פרמיה יתבצע לאחר שנתיים לראשונה ביום 30.11.2016 על בסיס הנוסחה המפורטת להלן.

- הכנסות: פרמיות בהצמדה למדד בניכוי הוצאות. (הוצאות 10%)
- תביעות: תביעות ששולמו בפועל + תביעות תלויות הכוללות זררבה בגין תשלומי ביטוח פחות זררבה משנה קודמת.
- IBNR: יש להתייחס לשינוי ה IBNR במהלך השנה - IBNR נוכחי בניכוי IBNR לפני שנה.
 - בודקים את היחס בין התביעות + שינוי IBNR לבין ההכנסה.
 - במידה והיחס הנו מעל 100% (היינו הפסד למבטח) הרי שהמבטח יהי זכאי לגידול בפרמיה בשיעור 1% על כל 1% שמעבר ל-100% אך לא יותר מ-20%.

43. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי: בעת השירות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השירות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה.

המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא.

בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

אין בסעיף זה כדי לגרוע או לצמצם מהחריגים המפורטים בפוליסה וסעיף זה כפוף בכל מקרה לחריגים אלו.

44. מקום השיפוט וברירת דין

מקום השיפוט הבלעדי בכל הקשור בפוליסה הוא בבתי המשפט בישראל והדין החל הינו דיני מדינת ישראל בלבד.

פרק א' 1 - השתלות בארץ או בחו"ל

1. מסלול 1 - מקרה הביטוח:

השתלת איברים שבוצעה ו/או תבוצע ו/או הצורך בביצועה נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

1.1 השתלת איברים:

בגין השתלת איברים יהיה זכאי המבוטח לשיפוי מלא בגין לב, לב-ריאה, אונת ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, כבד, השתלת קרנית, השתלת מח עצם, לרבות, אך לא רק, השתלת מח עצם עצמית, אונת כבד, שחלה, מעי, תאי אב ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר ו/או מגופו של המבוטח וכל שילוב ביניהם, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר והשתלת איבר אחר או חלק מאיבר אחר במקומו אשר נלקח מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו, או איבר מלאכותי, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית, וכן והשתלת איבר מבע"ח (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"י הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או ארה"ב או האיחוד האירופי).

את ההשתלה רשאי המבוטח לבצע בארץ או בחו"ל ובכפוף לחוק השתלת איברים התשס"ח 2008 ולחוזר ביטוח 1-1-2009 הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

1.1.1 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

1.1.2 למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי, אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח. יובהר כי השתלה חוזרת, תיחשב כמקרה ביטוח חדש.

1.2 **מסלול 1** - החברה המבטחת תשפה את המבוטח על תשלומיו בגין השתלה בסכום ביטוח בלתי מוגבל בגין סעיפים 1.3.1-1.3.4 ובסכום ביטוח מרבי נוסף של 786,500 ש"ח להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.14.

1.3 כתשלום בגין השתלה ייראו את התשלומים כדלקמן:

1.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח ו/או בתקופות המתנה בחו"ל לפני ביצוע ההשתלה, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנוקק המבוטח לפני ביצוע ההשתלה.

במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה, טיפולים רפואיים וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה למבוטח ולמלווה.

1.3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות, אך לא רק, אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום, עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 300 יום לאחר ביצועה. לרבות, אך לא רק, כל ההוצאות הכרוכות בטיפול הרפואי, באשפוז, בבדיקות, שירותי מעבדה לרבות, אך לא רק, ולא רק בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה

- שיידרשו, בתרופות ובטיפולים להם נזקק המבוטח, לרבות הוצאות בגין טיפולים רפואיים נדרשים לפני אשפוז, בתקופת ההמתנה להשתלה, במהלך האשפוז ולאחר ההשתלה.
- 1.3.3 תשלום עבור הוצאות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. כמו כן, כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם.
- 1.3.4 תשלום לכל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז וכן לצוות המנתח עבור כל השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה ובמהלך האשפוז לפני ואחר ההשתלה, לרבות פיזיותרפיה.
- 1.3.5 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח, ומלווה במלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל. לרבות, אך לא רק, הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. על אף האמור לעיל במידה והמבוטח הוא ילד מתחת לגיל 21 תכסה החברה המבטחת הוצאות טיסה ושהיה של שני מלווים. רופא מטעם המבוטח יחליט ע"פ מצבו הרפואי של המבוטח האם מצבו הרפואי מחייב לטוס במחלקה אחרת ו/או עם רופא מלווה ואז יינתן כיסוי למימון טיסה במחלקה הרלוונטית למצבו לחולה ולמלווה אחד.
- 1.3.6 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת ו/או במטוס מיוחד לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים. כולל ליווי רופא מלווה. לרבות, אך לא רק, הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.
- 1.3.7 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל, במידה והמושתל הינו ילד מתחת לגיל 21, יהיה התשלום עבור שני מלווים.
- 1.3.8 תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל ועד 76,230 ש"ח. ישולם בנוסף לסכומי הביטוח המפורטים בסעיף 1.2 לעיל.
- 1.3.9 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.
- 1.3.10 תשלום עבור משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח.
- 1.3.11 תשלום לכיסוי הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות בסך 242,000 ש"ח.
- 1.3.12 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 1.3.13 הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבוטח להוציא בחו"ל או בארץ עפ"י הוראה רפואית לרבות, אך לא רק, הוצאות המשך טיפול תרופתי בארץ שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח. כמו כן, תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה.

1.3.14 תשלום עבור ההוצאות לאיתור תורם, לרבות עריכת הבדיקות הדרושות לקביעת ההתאמה. לרבות, אך לא רק, כיסוי ההוצאות הרפואיות הכרוכות באיתור התורם כולל הוצאות שהייה וטיסה לצורך איתור תורם עבור המבוטח ומלווה אחד. הכיסוי יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור האיבר והשגתו.

1.3.15 **השלמת הכנסה וכיסוי הוצאות:**

בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי הפוליסה, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצמם עצמית, תשלם החברה המבטחת למבוטח, בנוסף לכל גמלה ולכל פיצוי אחר, לו זכאי המבוטח עפ"י הפוליסה, גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן:

1.3.15.1 סך של 4,840 ₪ לחודש למשך 24 חודש.

1.3.15.2 נפטר המבוטח לאחר ניתוח ההשתלה וטרם מיצה את הגמלה כקבוע לעיל יקבלו מוטביו את יתרת הגמלה כקבוע לעיל מייד לאחר פטירתו לפי צו ירושה ו/או קיום צוואה.

1.3.15.3 גמלת החלמה לאחר השתלה, תשולם למושתל גם אם ההשתלה בוצעה בארץ.

1.4 **מסלול 2 - פיצוי בעד השתלת איברים לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות:**

סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית שבוצעה בישראל. סכום הביטוח הינו 286,660 ₪.

1.4.1 **מקרה הביטוח -**

אבחנה מתועדת להתקיימות השתלת אברים כהגדרתה בסעיף 1.1 לעיל, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית שבוצעה בישראל.

1.4.2 תשלום פיצוי בעד השתלת איברים, ייעשה בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל המעיד על רישומו של המבוטח, ובטרם ביצוע ההשתלה או במקרה והמבוטח אינו יכול להירשם במרכז הלאומי להשתלות, בכפוף למכתב מרופא מטעם המבוטח המעיד על הצורך בהשתלה, ובטרם ביצוע ההשתלה.

1.4.3 הזכאות לכיסוי להשתלות איברים, עפ"י פרק זה, היא עפ"י סעיף 1.2 או עפ"י סעיף 1.4 עפ"י שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח.

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל

- 1.1. מקרה הביטוח: טיפול רפואי בחו"ל כהגדרתו שבוצע ו/או יבוצע ו/או הצורך בביצועו נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.
- 1.1.1. כ"טיפול מיוחד בחו"ל" יחשבו טיפולים רפואיים לרבות ולא רק טיפול בחולי סרטן, מחלות אוטואימוניות ועוד, בחו"ל, שמתקיימים בהם אחד מהתנאים הבאים:
- 1.1.1.1. לא ניתן לבצע את הטיפול המיוחד בישראל,
- ו/או סיכויי ההצלחה ו/או סיכויי ההחלמה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ,
- ו/או הניסיון ו/או המומחיות בביצועו בישראל,
- ו/או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
- 1.1.2. הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.
- 1.1.3. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי או אבחון של הבעיה הרפואית אשר נדרש בעקבות ו/או לקראת טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.
- 1.2. החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין תשלומיו. בגין הוצאות טיפול מיוחד בסכום מרבי של 600,000 ש"ח.
- 1.3. **תשלום בגין טיפול מיוחד יראו את התשלומים כדלקמן:**
- 1.3.1. תשלומים כמפורט בסעיף 1.3 בפרק א' (ו) לעיל בשינויים כדלהלן:
- 1.3.1.1. בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד".
- 1.3.2. כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור לטיפול המיוחד, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.
- * למען הסר ספק, סכומי הביטוח ישולמו בנוסף לסכום הביטוח שהוגדר לעיל בסעיף 2.2.
- 1.3.3. תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 1.3.4. כמו כן, ישולם בנוסף תשלום עבור טיפולי המשך בחו"ל הנובעים מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ועד תקרה של 60,500 ש"ח.

1.4 החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות ו/או העתק נאמן למקור ותוך תקופה שלא תעלה על 10 ימים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי החברה המבטחת לצורך ביצוע התשלום, לרבות מסירת כתב התחייבות לכיסוי ההוצאות לנותן השרות.

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל

- 1.1. מקרה הביטוח: ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצועם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.
 - 1.1.1. בגין ניתוחים בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי מלאה.
לרבות, אך לא רק, כיסוי עבור: הוצאות אשפוז, תרופות, בדיקות אבחון ומעבדה, בדיקות פתולוגיות, טיפולי פיזיותרפיה, שתל, שכר אחות פרטית, שירותי הסעה באמבולנס וכן כל הוצאה אחרת במהלך האשפוז הקשורה ישירות לניתוח.
למען הסר ספק, במידה ולא ניתן להעביר המבוטח לחו"ל לביצוע הניתוח בחו"ל מסיבות רפואיות או מכל סיבה שהיא, תשלם החברה המבטחת עבור הוצאות הבאת המומחה מחו"ל לביצוע הניתוח בישראל.
 - 1.1.2. בגין ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את כל הוצאותיו בגין כל הכרוך בנייתוח בחו"ל במטבע ישראלי בהתאם לשער המחאות גבוה המפורסם ע"י בנק ישראל שיהיה ידוע ביום התשלום ע"י החברה המבטחת ובהיקף זכאותו של המבוטח על פי האמור לעיל.
 - 1.1.3. בנוסף לאמור, החברה המבטחת תכסה סכום חד פעמי בסך 61,382 ₪ בגין ההוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בנייתוח בחו"ל.
למען הסר ספק, ביטוח זה יכלול הוצאות שהיה כגון, אך לא רק: הוצאות בגין לינה במלון או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים בתוספת הוצאות החלות על השוכר (גז, חשמל, מים) והוצאות כלכלה (אוכל ושתייה).
 - 1.1.4. החברה המבטחת תשלם ישירות לנותן השרות או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים, אותם קיבל המבוטח.
 - 1.1.5. הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.
 - 1.1.6. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.
 - 1.1.7. למען הסר ספק, ביחס לפרקים א' 3-1, במידה וספק השירותים אינו מקבל כתב התחייבות או העברות בנקאיות, ישולם הסכום למבוטח טרם יציאתו מהארץ, בכפוף לקבלת המסמכים הדרושים מספק השרות.
 - 1.1.8. למען הסר ספק, החברה המבטחת תדאג למבוטח לביטוח נסיעות לחו"ל מקיף וכולל אשר יכסה גם את המצב הקיים בגינו נסע המבוטח, במסגרת פרקים א' 1-3 לעיל.
2. למען הסר ספק, ביחס לסעיפים א' 3-1, במידה וספק השירותים אינו מקבל כתב התחייבות או העברות בנקאיות, ישולם הסכום למבוטח טרם יציאתו מהארץ, בכפוף לקבלת המסמכים הדרושים מספק השרות.
3. למען הסר ספק, החברה המבטחת תדאג למבוטח לביטוח נסיעות לחו"ל מקיף וכולל אשר יכסה גם את המצב הקיים בגינו נסע המבוטח, במסגרת פרקים א' 1-3 לעיל.
למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות:

- 1.1 **מקרה הביטוח** - שיפוי בגין עלות תרופה אשר ניטלה ניטלת ו/או תינטל ו/או הצורך בנטיילתה נדרש או יידרש לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, לראשונה במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי, שנועד לשם אבחון, ריפוי, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו לרבות, אך לא רק, הסימפטומים הרפואיים לרבות כאב, ולרבות, אך לא רק, מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה, לרבות, אך לא רק, בשל מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי אחר.
- למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות, הינה רופא מטעם המבוטח.
- הגדרת תרופה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 לעיל.
- 1.3 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי הוראת רופא, בצורה חד-פעמית או מתמשכת.
- הגדרת טיפול תרופתי נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 לעיל.
- 1.4 **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה המבטחת בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.
- 1.5 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה, בגין תרופה והמשטנה מעת לעת, עפ"י המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.
- 1.6 **חוק ביטוח בריאות ממלכתי** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.7 **בית מרקחת** - מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב לרבות, אך לא רק בית מרקחת הממוקם בבית חולים וחדרי תרופות כהגדרתם בפקודת הרוקחים התשמ"א 1981 (להלן: "נותן השרות").

2. הכיסוי:

- א. כל תרופה שאינה רשומה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג' והתרופה רשומה באחת מהמדינות המפורטות לעיל למחלה כלשהי. לא תוחרג או יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.

ב. כמו כן כל תרופה הרשומה בסל שירותי הבריאות שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל התרופות כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח הדורש טיפול בתרופה זו בתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג' והתרופה רשומה באחת מהמדינות המפורטות לעיל למחלה כלשהי. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.

ג. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

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

1. פרסומי ה- FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug Information

3. US Pharmacopoeia-Drug Information

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

א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa

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

ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa

5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

א. NCCN

ב. ASCO

ג. NICE

ד. ESMO Minimal Recommendation

סעיף זה נוסח באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 1-12-2007 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

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

2.2 החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד העברת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור, ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה.

2.3 הוצאות מוכרות: מוצרה ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו

בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים, אך לא יחולו על התחייבות קיימת בגמר ביטוח אם המבוטח ממשיך לקחת תרופה ולא ניצל את מלוא סכום הביטוח. למען הסר ספק, החברה המבטחת ביטוח זה חייבת לסיים את מלוא חבותה למקרה ביטוח שארע בתקופתה.

2.4 בנוסף החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות ולא רק הזרקת התרופה מתן עירוי וכדומה בסכום שלא יעלה על 185 ש"ח ליום.

2.5 חבות החברה המבטחת על פי פרק זה תהיה לפי התנאים להלן:

2.5.1 ההוצאות הוצאו בפועל.

2.5.2 בגין תרופות למחלת הסרטן לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.

2.5.3 בגין שאר התרופות, החברה המבטחת תשלם את ההוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 177 ש"ח לחודש ולא יותר מסכום השיפוי המרבי, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, עבור כל מרשם נוסף אחר, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

2.5.4 קיבל המבוטח תרופה, המכוסה עפ"י פוליסה זו, באמצעות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בה הוא עמית, ושילם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם.

2.6 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 1,209,980 ש"ח לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה.

3. הגבלות לאחריות החברה המבטחת:

3.1 החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה המבטחת לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.

3.2 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או ב-FDA או ב-EMEA - הגבוה מביניהם.

תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי ישולם על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה ב-FDA או ב-EMEA.

3.3 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים.

3.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

3.5 במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות ולמעט המופיע בסעיפים 1.8, 1.9 ו-2 (י').

3.6 תרופות ניסיוניות, למעט המופיע בסעיפים 2 ג', ד' לעיל.

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק ג' - ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים משלים שב"ן:

1.1 **מקרה הביטוח:** ניתוח בארץ ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או יצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

1.1 הפוליסה תהא פוליסה לשיפוי מלא של המבוטח בגין הוצאותיו לכל הניתוחים בארץ, ללא השתתפות עצמית של המבוטח לאחר מיצוי השב"ן עפ"י התנאים כדלקמן:

1.2 הגדרת ניתוח:

כל פעולה פולשנית חדירתית (Invasive Procedure) החדרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר אשר מטרתה טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, במסגרת זו ייראו כניתוח גם, אך לא רק, פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון, אך לא רק: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY) - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מרופא מומחה לביצוע ההדמיה המגנטית לפני ביצוע הניתוח, למען הסר ספק הבדיקה תכוסה ע"י החברה המבטחת גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), כולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון, אך לא רק: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדומה, צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה, מרה. כמו כן, יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה באמצעות מערכת לתהודה מגנטית ו/או רפואה גרעינית וניתוח אלקטיבי בלייזר.

למען הסר ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, לרבות, אך לא רק, טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו לעיל. הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

* למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

1.3 כיסוי משלים שב"ן

1.3.1 החברה המבטחת תשלם ישירות לנוותן השרות או תשפה את המבוטח באופן מלא בגין הוצאות לשירותים רפואיים הקשורים לניתוח, לאחר שהמבוטח מיצה את מלוא זכויותיו באמצעות נספח ב' ללפוליסה - השירותים (SLA), במסגרת השב"ן שברשותו. כמו כן מובהר בזאת, כי אי קיום / מימוש נספח ב' ללפוליסה - השירותים (SLA), ו/או במידה והרופא אינו מכבד את ההתחייבות מהשב"ן יקנה / יממש כיסוי כנקוב להלן ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן.

באחריות החברה המבטחת לשאול ולוודא עם המבוטח, כי יש ברשותו שב"ן בקופת החולים בה חבר.

מובהר כי מבוטח שאין ברשותו שב"ן, יכוסה כנקוב בסעיף זה ובפרק זה על כל מרכיביו בהחזר מלא, וזאת מעבר לגובה הכיסוי / החזר הקיים בשב"ן הרלוונטי בקופה בה חבר, לו היה זכאי לקבלו במידה והיה חבר בשב"ן.

החברה המבטחת תשפה מבוטח בעל שב"ן באופן מלא, ע"פ פרק זה על כל מרכיביו ובהחזר מלא, לאחר שמיצה את מלוא זכויותיו במסגרת השב"ן שברשותו, וזאת לאחר שהחברה המבטחת פעלה עבורו באמצעות נספח ב' ללפוליסה - השירותים (SLA) וזאת כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור. מובהר כי מבוטח שאין ברשותו שב"ן, יכוסה כנקוב בסעיף זה ובפרק זה, ומעבר לגובה הכיסוי / החזר הקיים בשב"ן הרלוונטי בקופה בה חבר, לו היה זכאי לקבלו במידה והיה חבר בשב"ן. והכול תוך תקופה שלא תעלה על 14 ימי עבודה מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי המבוטח לצורך ביצוע התשלום. מובהר בזאת, כי אי קיום נספח ב' ללפוליסה - השירותים (SLA), יקנה / יממש כיסוי כנקוב להלן ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן בהתאם לסעיף זה.

שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי:

1.3.2

החברה המבטחת תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס ו/או היטס רפואי עבור העברתו של המבוטח לבי"ח ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח ו/או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר.

התייעצות לפני ואחרי ניתוח:

1.3.3

החברה המבטחת תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני ניתוח ושתי התייעצויות אחרי הניתוח, ותשלום העלות במלואה, או תשפה את המבוטח בסכום זהה לסכום ששלום.

* למען הסר ספק, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בהתאם לאמור בסעיף זה, גם אם בעקבות התייעצות זו, יחליט המבוטח לא לבצע את הניתוח.

1.3.3 א' כל דרישה מצד המוסד הרפואי או הרופא המטפל לבדיקה מקדימה טרם הניתוח תכוסה לרבות וועדה מקדימה ועלותה, אך לא רק.

חוו"ד נוספת של רופא מומחה לפני ניתוח:

1.3.4

בנוסף לאמור, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין הוצאות חוו"ד רפואיות נוספת לפני ניתוח אצל רופא שיבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, וזאת עד תקרה של 2,905 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%.

* למען הסר ספק, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בהתאם לאמור בסעיף זה, גם אם בעקבות התייעצות זו, יחליט המבוטח לא לבצע את הניתוח.

הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח:

1.3.5

החברה המבטחת תשלם למבוטח או לבי"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז והניתוח כולל אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ו/או במחלקות ו/או ביחידות מקצועיות מכל סוג שהוא, או תחזיר הוצאות אלו למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע.

- 1.3.6 **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:**
החברה המבטחת תשלם ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור בגין בדיקה פתולוגית לרבות, אך לא רק, בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות, אך לא רק, בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית ו/או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת ע"י רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח ו/או אופי הטיפול לו הוא נדרש. כמו כן, תכוסה במלואה בדיקה פתולוגית נוספת ו/או חוות דעת שנייה בישראל או בחו"ל.
- * למען הסר ספק, סעיף זה יחול גם שלא לצורך ניתוח.
- 1.3.7 כיסוי הוצאות טיפולים פיזיותראפיים בעת האשפוז לאחר ניתוח המכוסה עפ"י פוליסה זו, ישולם סכום של 620 ש"ח לכל יום אשפוז.
- 1.3.8 **תותבת - אביזר מושל:**
א) הגדרה - כל אביזר טבעי או חלק מאביזר טבעי, או אביזר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי ובכלל זה משתלים מיוחדים רגילים או מפרשי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח, המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך, סטנט וכ"ו) לרבות במקרה השתלת אביזרים רפואיים הבאים: קוצב לב ו/או מפרק ירך, השתלת עצמימי שמע מלאכותיים ודפירילטור תוך גופי. למעט תותבת שיניים שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה. (כמפורט בהגדרת השתלה).
ב) בוצע במבוטח [בבית חולים פרטי או ציבורי. ניתוח, ובמהלך הניתוח הושלם במבוטח תותב כלשהו לרבות תומך ווסקולארי (סטנט) מכל סוג שהוא (להלן: תותבת), ישתתף המבוטח בעלות התותבת הנ"ל עד לסך 42,350 ש"ח בלבד לשנת ביטוח. הגדרת שתל נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 23 לעיל.
- 1.3.9 **אחיות פרטיות**
החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות להעסקת אחיות פרטיות, סכום של עד 970 ש"ח לכל יום אשפוז, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימי אשפוז. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת. לגבי שרותי אחיות פרטיות, המבוטח יספק הצהרה של האחיות או אישור של ביה"ח.
- 1.3.10 **מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה - AIDS:**
מבוטח אשר חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 182,710 ש"ח.

- 1.3.11 **פיצוי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B:**
מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח ו/או טיפול רפואי, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 39,930 ש"ח ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח.
- 1.3.12 **ימי החלמה:**
בוצע במבוטח ניתוח לב או מח או גב, או השתלה של לב, ריאה, לב-ריאה, לבלב, כליה, כליה ולבלב או כבד או אירוע לב או אונת ריאה או אונת כבד או אירוע רפואי אחר המחייב החלמה (להלן: האירוע המזכה) תשתתף החברה המבטחת בהוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או ההשתלה או האירוע כאמור עד לסך של 1,100 ש"ח לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על שניים עשר (12) ימי החלמה, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח, בכפוף להצגת חשבוניות מקוריות או העתק נאמן למקור.
- 1.3.13 **אובדן כושר תפקוד כתוצאה מניתוח**
החברה המבטחת תשלם למבוטח פיצוי חודשי בסך של 3,995 ש"ח לחודש, לאחר 3 חודשי המתנה, לתקופה מרבית של 12 חודשים במקרה של אובדן כושר תפקוד מלא או זמני או חלקי בעבודה בה עבד המבוטח טרם ביצוע הניתוח, שנגרם כתוצאה מניתוח, ובכפוף לכך שהמבוטח היה כשיר לעבודה לפני הניתוח וגילו אינו עולה על 67.
- 1.3.14 **שחרור מתשלום פרמיה**
החברה המבטחת תשחרר את המבוטח ו/או את בעל הפוליסה מתשלום פרמיה במקרה של אובדן כושר תפקוד כאמור בסעיף 1.3.13 לעיל. המבוטח ו/או בעל הפוליסה יהיה משוחרר מתשלום הפרמיה החודשית עבור הביטוח כל עוד יחשב כמי שנמצא במצב של אובדן כושר תפקוד.
- 1.3.15 **ביופסיות**
יכוסו ביופסיות מכל סוג שהוא שבוצעו באופן פרטי או יזום ע"י הרופא המטפל, מכל סיבה שהיא, באופן מלא כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור.
- 1.3.16 **בדיקות אבחנתיות ובדיקות הדמיה כדוגמת U.S, C.T, PET, MRI, קרדיו CT, CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI) וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, המבוצעות במהלך האשפוז:**
בוצעה במבוטח בדיקה אבחנתית ו/או הדמיה במהלך אשפוז לקראת הניתוח ו/או במהלך הניתוח יהיה המבוטח זכאי לכיסוי מלוא ההוצאה עבור הבדיקות ללא תקרה.

1.3.17 בדיקות אבחנתיות ובדיקות הדמיה כדוגמת U.S, C.T, PET, MRI, קרדיו CT. CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI) וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, המבוצעות לקראת ניתוח ולשם ביצועו או לאחר האשפוז אך שלא במהלך אשפוז ו/או לאחר הניתוח:

בוצעה במבוטח בדיקה אבחנתית ו/או הדמיה שלא במהלך האשפוז אך לצורך הניתוח ולשם ביצועו או לאחר האשפוז יהיה המבוטח זכאי לשיפוי בגין הוצאותיו עד 6,050 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית שהינה 20% לכל בדיקה לשנת ביטוח.

יובהר כי המבוטח יהיה זכאי לכיסוי עפ"י סעיף זה גם אם הוחלט לאחר מכן לא לבצע את הניתוח בפועל, ובלבד שטרם ביצע הבדיקות נקבע כבר הצורך בניתוח והבדיקה בוצעה לצורך ביצועו.

1.4 חריגים:

החברה המבטחת לא תהיה אחראית ולא תשלם עפ"י פרק זה כל תביעה הקשורה ב:

1.4.1 ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים, למעט ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים, לרבות כל הפרוצדורות המתבצעות במהלכן, שהינם המשך לטיפול / ניתוח מבעיה רפואית. לרבות ניתוחים כגון, אך לא רק; ניתוח להרמת עפעפיים, במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראייה של המבוטח, ניתוח להקנתת חזה, בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח.

1.4.2 טיפולי שיניים למיניהם או עקירות שיניים, או ניתוחי חניכיים וכל ניתוח הנעשה ע"י רופא שיניים, אלא אם כן הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאותו הוכרה. למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק ד' - ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים

1.1 **מקרה הביטוח:** שירותים רפואיים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצוע ו/או בנתינתם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח אשר מטרתם בין היתר, אך לא רק, אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות.

ייתנו השירותים הרפואיים הבאים הכוללים:

1.1 התייעצות עם רופא מומחה (ללא קשר לניתוח):

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בגין התייעצות עם רופא מומחה, ללא קשר לניתוח, אצל רופא שייבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, וזאת עד 2 התייעצויות בשנת ביטוח ועד לתקרה של 845 ש"ח להתייעצות, לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן או במקרים בהם אין כיסוי להתייעצות במסגרת השב"ן או במקרים שבהם הרופא הנדרש ע"י הלקוח אינו עובד, אינו מקבל או שאינו בהסדר עם קופ"ח.

1.2 **בדיקות אבחנתיות:** (ללא קשר למופיע בסעיפים הרלוונטיים בפרק ג' לעיל התשלום הגבוה מביניהם לבחירת המבוטח).

בדיקות אבחנתיות כגון, אך לא רק: בדיקות מעבדה כגון, אך לא רק: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו', רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I), CTC, מיפוי PET, OCT, CAPSULE WIRELESS, ENDOSCOPY, EMG, EEG, תהודה מגנטית פונקציונאלית (F.MRI), P.A.P, ממוגרפיה וכל בדיקה אחרת המבוצעת בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

החברה המבטחת תשלם למבוטח 75% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 5,795 ש"ח לכל בדיקה לכל שנת ביטוח.
סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של 9,480 ש"ח.

בדיקות דימות כגון, אך לא רק:

- CARDIAC CT סריקה של הלב בסורק חדשני 64 פרוסות המאפשר אבחון מדויק ומהיר של הצרויות בעורקי הלב- מבלי להחדיר צנתר!
- קולונוסקופיה וירטואלית.
- חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה -
- חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום לבעיה הספציפית של הפענוח.
- שירות רדיולוג פרטי -
- בחירת רדיולוג מומחה בתת תחום של בדיקות הדימות, פענוח הבדיקה, שיחת ייעוץ אישית במהלכה יוסברו התוצאות ושיחה של הרדיולוג עם הרופא הממנה.
- קפסולה למעיים - קפסולת וידאו לבדיקת המעיים הדקים Capsule Wireless Endoscopy
- positron emission tomography - C.T PET
- הדמיית בלוטות ממוחשבת לרבות, אך לא רק, מיפוי בלוטות לימפה
- תהודה מגנטית פונקציונלית - (Functional Imaging Magnetic Resonance) FMRI

1.3 בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה

כיסוי לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה כגון, אך לא רק, בדיקות שמטרתן בין היתר:

- סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות, אך לא רק, סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול
 - סיוע בהתאמת טיפול תרופתי מותאם אישית - סיוע בהתאמת הטיפול התרופתי לשונות הגנטית של החולה, בדיקת יעילות הטיפול התרופתי,
 - קביעת המינון המותאם לחולה במטרה לטפל בחולה באופן מהיר ומדויק, מניעת תופעות לוואי
 - ו/או רעילות מהטיפול התרופתי וביצוע מעקב אחר תוצאות הטיפול התרופתי ויעילותו
 - איתור מקום הגידול
 - הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד
 - אבחון מוקדם
 - הערכת התקדמות עתידית של המחלה
 - בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.
 - בדיקות גנטיות, לרבות בדיקות הנעשות על רקמה ביולוגית שמטרתן בין היתר, אך לא רק: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או מינון, סוג התרופה וכו'.
- * וכן כל הבדיקות שיוורחו בעתיד במעבדות השונות, יכללו בכיסוי זה.

אופן התשלום בגין הבדיקות -

החברה המבטחת תשלם ישירות למעבדה או תשלם למבוטח כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור עד לתקרה בגובה של 15,800 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.4 בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון -

מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטיניים.

החברה תשלם 75% מההוצאות שנשא המבוטח בפועל ועד 3,160 ש"ח.

1.5 טיפולים פיזיותרפיים - (ללא קשר למופיע בפרק ג' לעיל בסעיף 1.3.7)

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי פיזיותרפיה ותחזיר לא יותר מ-160 ש"ח לטיפול ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 8 טיפולים בשנת ביטוח.

1.6 טיפולים / ייעוצים אונקולוגיים

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין הוצאות בהן נשא בפועל עבור ייעוצים אונקולוגיים ו/או טיפולים אונקולוגיים כגון, אך לא רק: טיפולי רדיותרפיה, ו/או כימותרפיה וזאת עד 15,800 ש"ח לכל שנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה של 20%.

1.7 טיפולי ושירותי הפרייה -

א) החברה המבטחת תשלם למבוטח/ת בגין ההוצאות בהן נשאה בפועל בגין טיפולי הפרייה חוץ גופית, טיפולי הפרייה, הזרעה וכן כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת ו/או בת זוגו של המבוטח להריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת או בת זוגו של המבוטח תיכנס להריון או הריונות עד לסך של 7,375 ש"ח לכל סדרת טיפולים ועד 5 סדרות.

ב) בנוסף עבור טיפולי הפרייה אשר בוצעו בחו"ל - השתתפות החברה המבטחת תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 15,800 ש"ח. המבוטחת, תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל.

הכיסוי כולל לרבות, אך לא רק, טיפול הכולל השתלת ביציות וכל ההוצאות הנלוות הכרוכות בתהליך זה.

1.8 בדיקות ושירותים לנשים בהריון:

1.8.1 החברה המבטחת תשלם תגמולי ביטוח בעבור בדיקות לנשים בהריון כגון, אך לא רק: בדיקה וסריקה על קולית מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת (סקירה מוקדמת ו/או סקירה מאוחרת), בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או ססי שיליה, בדיקת חלבון עוברי ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון.

1.8.2 השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 75% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-1,580 ש"ח עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

1.8.3 במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 3,160 ש"ח לכל הריון.

1.9 ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי -

המבוטחים בפוליסה יהיו זכאים לאבחון גנטי טרום לידתי כדוגמת הבדיקות המפורטות להלן.

סכום הביטוח המרבי יהיה 75% אך לא יותר מ-1,690 ש"ח מההוצאות אשר הוצאו בפועל כיסוי זה יינתן לכל הריון.

הבדיקות הגנטיות הינן כגון, אך לא רק, בדיקות אלו:

- סיסטיק פיברוזיס (CF)
- X-שביר (Fragile-X)
- גושה (Gaucher)
- קאנוואן (Canavan)
- פנקוני אנמיה (Fanconi Anemia)
- תסמונת בלום (Bloom)
- המופיליה

- אשר (Usher)
- דיסאוטונומיה מישפחתית (Familial Disautonomia)
- מוקוליפידוזיס מסוג 4 (Mucopolipidosis type 4-ML4)
- אטקסיה (Ataxia Telangiectasia A-T)
- נימן פיק (Niemann-Pick)
- חוסר אלפא 1 אנטיטריפסין (α 1-Antitrypsin Deficiency)
- אגירת גליקוגן (Glycogen Storage)
- חרשות (קונקסין)
- מייפל סירופ (MSUD)
- טיי זקס
- F.I.S.H. 3 כרומוזומים
- F.I.S.H. 5 כרומוזומים
- קוסטף
- Nemaline myopathy
- A1AT
- חרשות לא-סינדרומית מסוג DFNB1
- Spinal Muscular Atrophy
- GSD1
- MCN
- SMA
- תסמונת רט
- גן פרטינגטון

- 1.10 **הפסקות הריון באמצעות גולת מייפיגין**, לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 3,750 ש"ס (כולל עלות הוועדה).
- 1.11 החזר הוצאות בגין כל הסעיפים המפורטים לעיל יינתן כנגד קבלה מקורית או נאמן למקור.
- 1.12 למען הסר ספק, בכל סעיף בפוליסה בו קיימת זכות נוספת לכיסוי שקיים בפרק זה, הכיסוי יינתן בנוסף לכיסוי הניתן בפרק זה.
- 1.13 הסמכות הקובעת את הזכאות בכל פרק זה, הינה רופא מטעם המבוטח.

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום, ולא תיגבה מהמבוטח השתתפות עצמית.

פרק ה' - טיפולים מחליפי ניתוח

1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1 מקרה הביטוח: טיפול מחליף ניתוח שבוצע ו/או יבוצע ו/או הצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 טיפול מחליף ניתוח - טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח.
- 1.3 סכום שיפוי מרבי - גובה תגמולי הביטוח שתשלם החברה המבטחת בגין הטיפול החלופי כאמור בפרק זה להלן.
- 1.4 נותן הטיפול החלופי - רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה.
- 1.5 נותני שירות - נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה.
- 1.6 למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

2. התחייבות החברה המבטחת:

- 2.1 אם יבחר המבוטח הנדרש לעבור ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו לקבל טיפול חלופי, תשפה החברה המבטחת את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהלן שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח, וזאת עד לתקרת השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:
- 2.2 ההוצאות הרפואיות עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגין זכאי המבוטח לשיפוי מאת החברה המבטחת הן כגון, אך לא רק; שכר נותן הטיפול החלופי, הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי, הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים, הוצאות אשפוז בבית החולים, שכר רופא מרדים, התייעצויות עם רופאים מומחים לפני ואחרי הטיפול, שירותי הסעה באמבולנס.
- 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 רישוי מתאים.
- 2.5 ביצוע על ידי נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי- החברה המבטחת תכסה את מלוא עלות נותני שירות הטיפול החלופי שבהסכם, בכפוף לתקרת השיפוי המרבי על פי האמור להלן (בסעיף 3 תת סעיף 1).
- 2.6 ביצוע על ידי נותני שירות שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות שהוצאו בפועל ובכפוף לתקרת השיפוי המרבי על פי האמור להלן. (בסעיף 3 תת סעיף 1).
- 2.7 המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין טיפולים חדשניים שאינם פולשניים המחליפים ניתוח כגון, אך לא רק; טיפולי הזרקות לדלויות ברגליים, טיפולי לייזר נמוך עוצמה, טיפולים באלקטרודות מסוג RADIO FREQUENCY, ביצוע פעולה לריסוק אבני כליה באמצעות גלי הלם EXWL, השתלה תוך גופית של כדורים רדיואקטיביים לטיפול במחלת סרטן.

3. סכום השיפוי המרבי:

- 3.1 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין מקרה הביטוח על פי נספח זה יעמוד ע"ס של 181,500 שח.
 - 3.2 הטיפול החלופי יינתן בישראל או בחו"ל. סכום הביטוח בחו"ל יהיה 200% מהעלות בארץ.
 - 3.3 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.
 - 3.4 החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השרות לטיפול החלופי היא של המבוטח בלבד ואין לחברה המבטחת כל אחריות בגינה.
 - 3.5 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לכל נזק שייגרם למבוטח עקב בחירתו של המבוטח לקבל טיפול חלופי ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו.
 - 3.6 כמו כן, לא תהיה החברה המבטחת אחראית בשום צורה שהיא לכל נזק ו/או הוצאה שייגרמו למבוטח עקב בחירתו של המבוטח בנותני השרות לטיפול החלופי, בין אם הם נותני שרות שבהסכם או נותני שרות שאינם בהסכם.
- למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק ו' - ביטוח סיעודי

(הכיסוי בתוקף עד למועד 30.06.2015 או מועד מאוחר יותר אם יתאפשר בעקבות הנחיות המפקח על הביטוח).

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1 **מוטב** - המבוטח, או מי שנקבע על ידי המבוטח לקבל את תגמולי הביטוח עבורו ו/או במקומו.
- 1.2 **תאונות** - נזק גופני בלתי צפוי מראש הנגרם במשך תקופת הביטוח במישרין ע"י אמצעי אלימות חיצוניים וגלויים לעין, אשר מהווה ללא כל תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידי להיות המוטב במצב מזכה.
- 1.3 **מצב מזכה** - אחד משני האירועים המצוינים להלן:

א) אירוע א. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או של לפחות 2 מתוך 6 הפעולות הבאות ובתנאי מפורש שאחת מהן היא לשלוט על הסוגרים:

1. לקום ולשכב

2. להתלבש ולהתפשט

3. להתרחץ

4. לאכול ולשתות

5. לשלוט על הסוגרים

6. נידות

1. **לקום ולשכב**

יכולתו העצמאית של המוטב לעבור ממצב שכיבה לשיבה ולקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים או ממיטה.

2. **להתלבש ולהתפשט**

יכולתו העצמאית של מוטב ללבוש ולפשוט פרטי לבוש מכל סוג, ובכלל זה לחבר או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.

3. **להתרחץ**

יכולתו העצמאית של מוטב להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.

4. **לאכול ולשתות**

יכולתו העצמאית של מוטב להזין את גופו, בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה אך לא אכילה בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.

5. לשלוט על הסוגרים

יכולתו העצמאית של המוטב לשלוט על פעולת המעיים או על 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, יחשבו כאי שליטה בסוגרים.

6. ניידות

יכולתו העצמאית של מוטב 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 ביכולת העצמאית של המוטב לנוע. אולם, ריתוק למיטה או ריתוק לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המוטב, יחשב כאי יכולתו העצמאית של המוטב לנוע.

א:

אירוע ב. "תשישות נפש" שמשמעותה פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המוטב וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן על פי קביעת רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח, שסיבתה במצב בריאותי כגון, אך לא רק: אלצהיימר, ו/או בצורות דמנטיות שונות.

1.4 תגמול סיעודי:

בקרות מקרה הביטוח כאמור בסעיף 1.3 לפרק זה המבוטח יהיה זכאי לסכום פיצוי חודשי אשר ישולם לאחר תקופת המתנה בסכום ולתקופה כמפורט להלן:
לעובד ובני משפחתו המבוטחים: פיצוי חודשי בסך של 12,100 ₪ לתקופה שלא תעלה על 60 חודשים

מובהר בזאת כי התגמול הסיעודי יופסק אם חס וחלילה נפטר המבוטח במהלך תקופת תשלום התגמול הסיעודי.

2. תקופת המתנה

תקופת המתנה בגין מקרה ביטוח היא בת 60 יום. מובהר בזאת כי תקופת המתנה בקרות מקרה הביטוח, תכלול אף את ימי האשפוז בבית חולים רגיל ובמחלקת שיקום.
למרות האמור לעיל, במידה והמוטב לא מיצה את מלוא תקופת התגמול הסיעודי, וחזר להיות במצב מזכה, לא תחול לגביו תקופת המתנה נוספת.

3. ויתור על תשלום דמי ביטוח

המוטב ו/או בעל הפוליסה יהא משוחרר מתשלום דמי הביטוח בגין הפוליסה כולה, במשך תקופת תשלום התגמול הסיעודי על ידי החברה המבטחת.

4. שיפוי מיוחד לשיקום

המבוטח יהיה זכאי להחזר של עד 70% מהוצאות שיקום, שיש בהם כדי לשפר ו/או לשמר את מצבו התפקודי ועד לתקרה של 36,300 ש"ח. הוצאות בגין שיקום יכללו: טיפולים רפואיים ו/או שיקומיים, אשר יש בהם על פי חו"ד רופא שיקומי או רופא גריאטרי מטעם המבוטח, כדי לסייע למבוטח לשפר ו/או לשמר את מצבו התפקודי. מובהר בזאת, כי השיפוי הנ"ל לא יקוזז מן התגמול הסיעודי.

למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

5. הגבלת חבות החברה מחוץ לגבולות המדינה

אחריות החברה לתשלום גמלת סיעוד על-פי פרק זה בעת היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל, מוגבלת לתקופת פיצוי שאינה עולה על 90 יום, אלא אם כן, הסכימה החברה המבטחת מראש ובכתב אחרת. עם שובו של המבוטח מחו"ל, ימשכו תשלומי גמלת הסיעוד על-פי פרק זה, כל עוד המבוטח נמצא במצב מזכה.

6. חריג: חל אך ורק על מצטרפים חדשים

החברה המבטחת לא תהיה אחראית לתשלום התגמול הסיעודי אם במועד הצטרפות המבוטח לביטוח לא היה מסוגל לבצע אחת או יותר מהפעולות 1-6 המפורטות בסעיף 1.3 לעיל.

חריג זה לא יהיה תקף או יחול לגבי מבטחים קיימים כהגדרתם ע"פ סעיף 3 א' בפרק ההגדרות והינו כפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) התשס"ד 2004 ומוגבל למשך התקופה חוזר בתוקף למשך התקופה הנקובה בתקנות אלו.

7. עפ"י תקנות המפקח על הביטוח, ב-30.06.2015 יסתיים רכיב הביטוח הסיעודי במסגרת הפוליסה

הקבוצתית. הוראות וכללים לגבי המשך הביטוח הסיעודי יפורסמו בהתאם להחלטות המפקח על הביטוח ובתאום בין החברה המבטחת לבעל הפוליסה וזאת ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת אכשרה וללא סייג רפואי קודם כלשהו. במקרה של הארכת תקופת הכיסוי הסיעודי כאמור בסעיף זה תשלח החברה המבטחת הודעה על כך בכתב.

פרק ז' - שירותים נוספים

פרק ז' 1 שירות רופא עד הבית ו/או המשרד:

1. השירות הרפואי הינו כמפורט להלן:
 - 1.1 מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמבוטח.
 - 1.2 בדיקה גופנית של המבוטח לרבות, אך לא רק, שימוש במכשירים המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, קרדיו מין, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.3 קביעת אבחנה רפואית.
 - 1.4 קבלת תרופות ראשוניות לתקופה של 48 שעות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.5 קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.6 הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/לרופא ילדים, המטפל במבוטח באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.7 הפניית המבוטח לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 1.8 מתן תעודה רפואית.
 - 1.9 פינוי חנים באמבולנס - במקרה שהרופא שבדק את המבוטח בעקבות קריאתו לקבלת שרות, יחליט על פינוי באמבולנס, ישולם למבוטח ע"י החברה המבטחת סכום הפינוי באמבולנס כנגד קבלה מקורית או העתק נאמן למקור בצירוף תצהיר המבוטח.
 2. המנוי יהיה זכאי לשירותי ביקור בית של רופא, בתיאום עם המוקד, בעלות של 26 ש"ח בלבד.
 3. השירות יינתן 24 שעות ביממה כל השנה בכל רחבי הארץ ובזמניות של עד שעתיים ממועד הודעת המבוטח. הרופא יהיה מצויד בצויד ובתרופות לטיפול בסיסי בבית המבוטח ובסימום של הביקור יונחה המבוטח ע"י הרופא לגבי המשך הטיפול ויצויד בתרופות לתקופה של 48 שעות.
 4. נזקק המבוטח לשירות רפואי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות של בנק הפועלים שמספרו 03-5688190-62-66-50-700-1 או ישירות למוקד הספק, שמספרו 03-5688190, יזדהה בשמו, מקום הימצאו, שם המבוטח ומס' הטלפון של בית המגורים של המבוטח (וכל נתון אחר המזהה את המבוטח אצל ספק שירות).
 5. במקרים חריגים, בהם נבצר מהספק ליתן את השירות, ויומלץ ע"י הספק להגיע למרפאה, יהא זכאי המבוטח לקבל את אחד השירותים המפורטים להלן לפי בחירתו:
 - 5.1 קבלת השירות הרפואי אצל כל גורם אחר, לרבות אצל ספק אחר, מוקד רפואי או חדר מיון וזאת לאחר קבלת אישור מוקד השירות של הספק טרם הפניה לספק אחר.
 - 5.2 יעוץ טלפוני עם רופא הספק (ללא עלות וללא השתתפות עצמית).
- בחר המבוטח לקבל את השירות אצל גורם אחר כאמור בסעיף 5.1 לעיל, ישפה הספק את המבוטח במלוא עלות הביקור אצל הגורם האחר כאמור בסעיף 5.1 בכפוף להשתתפות עצמית בסך 26 ש"ח וזאת תוך 30 יום ממועד מסירת הקבלה המקורית המעידה על התשלום הנ"ל.

במקרה של ביקור בחדר מיון, ישפה הספק את המבוטח בסך של 250 ש"ח בניכוי דמי השתתפות עצמית בסך 26 ש"ח.

6. עם תום הביקור יחתום המבוטח או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ערך את ביקור הבית בבית החולה או נתן את שירות ביקור רופא במוקד הרפואי.

7. בחר המבוטח לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע החולה למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבונו.

8. מחויבותו של ספק השירות כלפי המבוטח בטיפול בקריאה של מבוטח לקבלת שירות ביקור רופא תסתיים במוקדם או בהתרחש אחד משני האירועים המפורטים להלן:

8.1 הגעת רופא הסכם לבית המבוטח או הפניית החולה למוקד הרפואי הסמוך למקום הימצאו.

8.2 ביטול הקריאה לקבלת שירות ביקור רופא ע"י הודעת המבוטח למוקד השירות.

פרק ז' 2 - ייעוץ / טיפול פסיכולוגי

1. הזכאות לטיפול פסיכולוגי היא כל מצב רפואי של המבוטח המחייב שיחה טיפולית אצל פסיכולוג מוסמך. ולרבות במקרים המפורטים להלן:
 - 1.1 מוות של בן משפחה מקרבה ראשונה.
 - 1.2 תאונת דרכים שהמבוטח עבר.
 - 1.3 ניתוחים גדולים שהמבוטח עבר.
 - 1.4 מחלה ממארת או מחלת לב שהמבוטח עבר.
 - 1.5 פציעה ו/או מגבלה פיזית ו/או נכות של המבוטח.
 - 1.6 פיטורים של המבוטח ממקום עבודה.
 - 1.7 גירושין בין בני הזוג (תוך 12 חודשים מהגירושין).
 - 1.8 בסעיפים 1.1-1.7 הטיפול יינתן תוך 12 חודשים מקרות האירוע.
 - 1.9 הפרעות אכילה - אנורקסיה או בולימיה.
 - 1.10 מחלות הכרוכות באשפוז בבית חולים.
 - 1.11 מחלות כרוניות, מצבים סיעודיים.
2. המבוטח יהיה זכאי לקבלת טיפול פסיכולוגי ו/או ייעוץ אצל פסיכולוג קליני או עובד סוציאלי קליני בוגר בית הספר לפסיכותרפיה בעל תעודת עיסוק כמטפל על פי דיני ישראל, באמצעות פגישות אישיות עם מטפל וזאת עד להחזר בגובה של 180 ש"ח לכל טיפול ועד 20 טיפולים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.
- למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק ז' 3 - רפואה משלימה

1. הגדרות לפרק זה:

- "טיפול אלטרנטיבי" - טיפול במצבים בריאותיים על ידי שימוש בדוגמאות שיטות הטיפול המפורטות להלן, כגון, אך לא רק:
- 1.1 "אקופונקטורה" - טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
 - 1.2 "הומיאופתיה" - שיטת טיפול כוללנית, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמהלו או דוללו פעמים רבות.
 - 1.3 "ביו פיזיק" - טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מיידית של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.
 - 1.4 "כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.
 - 1.5 "טיפול לפי שיטת פלדנקייז" - שיטת טיפולית כוללנית העושה שימוש בתנועות גוף והתעמלות ייחודית.
 - 1.6 "אוסטיאופתיה" - טיפול בהפרעות של מערכת השלד והשרירים.
 - 1.7 "רפלקסולוגיה" - שיטת טיפול ייחודית הנעשית דרך לחיצות בכפות הרגליים.
 - 1.8 "שיאצו" - שיטת טיפול ייחודית המאופיינת באמצעות לחץ בעזרת האצבעות.
 - 1.9 "נטורופתיה" - שיטת ריפוי אישית על בסיס טבעי.
 - 1.10 "ייעוץ דיאטטי" - התאמה אישית של תוכנית לתזונה.

2. מקרה הביטוח:

טיפול אלטרנטיבי שבוצע ו/או יבוצע במהלך תקופת הביטוח.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח:

- סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 50% ולא יותר מ-50 ש"ח לכל טיפול ועד 7 טיפולים לשנת ביטוח. במקרה שמבוטח פונה לנותן שרות שבהסדר עם חברת הביטוח ישלם המבוטח דמי השתתפות עצמית בסך של 59 ש"ח כולל מע"מ.
- הזכאות לטיפול הינה כנגד המצאת הפניה של רופא המשפחה או רופא מומחה לקבלת הטיפול המבוקש.
- למען הסר ספק במקרה של הגשת הקבלות המקוריות לגורם אחר, יועבר צילום הקבלה המקורית בתוספת אישור הגורם המשלם על גובה התשלום.

פרק ח' - נספח עזרה

1. נספח זה מהווה חלק בלתי נפרד מפוליסת ביטוח בריאות קולקטיבית לעובדים.
2. מוסכם בזה, על יסוד ההצעה וההצהרות שנמסרו ע"י "בעל הפוליסה" ו/או המבוטח ובתנאי מפורש שהפרמיות שולמו כסדרן, החברה תגיש למוטב כמוגדר להלן את השירותים הרפואיים שלהלן, על בסיס ההגדרות המופיעות להלן ובתנאי הפוליסה לה צורף נספח זה, ומתאריך כניסת נספח זה לתוקף.
 3. המוטב:
 - א. מוטב על פי נספח זה הנו האדם אשר נתקיימו בו כל התנאים הבאים ביחד:-
 - א. הנו בן משפחה קרוב של מבוטח בביטוח לעובדי "בעל הפוליסה" ובני משפחותיהם.
 - ב. המוטב אינו זכאי לכיסוי על פי הפוליסה הקולקטיבית.
 - ג. הביטוח על פי הפוליסה אליה צורף נספח זה, הנו בתוקף.
 - ד. בן משפחה קרוב, לעניין זה משמעו: אישה, בעל, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, חם, חמות.
 4. זכות שימוש בהסכמי החברה:

כל מוטב יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הכלולים בפוליסה במחירים המיוחדים על פי ההסכמים של החברה עם נותני השירותים השונים ובלוחות הזמנים בהם ניתנים השירותים למבוטחי החברה אצל נותני השירותים.
 5. החזר הוצאות:

למבוטח ו/או למוטב נשמרת הזכות לפנות לקופת החולים בה הוא חבר, או לכל גורם אחר לקבלת השתתפותם בהוצאות הרפואיות ששולמו על הסדר זה.

נספח ב' - השירותים (SLA)

1. השירותים הנדרשים במסגרת המערך למתן מידע ומימוש זכויות

- 1.1 מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי כיסויים הקיימים במסגרת קופת החולים בה חבר המבוטח בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
- 1.2 מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) בה מבוטח העובד בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
- 1.3 מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים בפוליסה בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח.
- 1.4 מתן מידע והכוונה מעשית בפועל לגבי הדרך הנכונה והיעילה לניצול נכון ומרבי של הכיסויים בהסתמך על הביטוחים והכיסויים שברשות המבוטח.
- 1.5 מתן מידע כללי (לא הנחיות לטיפול אלא הסברים ומידע בלבד) בכל הקשור למחלות, תרופות ובדיקות אשר ניתנו למבוטח על ידי רופא אשר אצלו ביקר.
- 1.6 מידע שוטף ומתן הנחיות לגבי הכנות שקיבל המבוטח לבצע לקראת ביצוע בדיקות או צילומים אשר עליו לעבור.
- 1.7 איסוף מידע אינטרנטי לגבי מחלות, תרופות ודרכי טיפול והעברת זה לידי המבוטח ללא נקיטת עמדה רפואית / מקצועית.
- 1.8 מתן מידע שוטף לגבי תרופות, תופעות לוואי, התוויות נגד וכדומה.
- 1.9 מתן מידע בנוגע להגשת חומר לביטוח הלאומי לצורך הכרה באחוזי נכות.
- 1.10 מתן מידע בנוגע להגשת תביעה למס הכנסה לצורך קבלת זיכוי מס על רקע המחלה או הניתוח.
- 1.11 "מוקד בנק הפועלים" יסייע למבוטחים במילוי טפסים, לרבות טפסי התביעה ובתרגום המונחים, לרבות המונחים הרפואיים וכן תעמיד לצורך זה כוח אדם מתאים במשרדה.
- 1.12 החברה המבטחת ו"מוקד בנק הפועלים" יסייעו לבעל הפוליסה, למבוטחים ולנציגי בעל הפוליסה בכל הליך פרוצדוראלי, הסבר, תרגום טופס, הבהרות וכיו"ב בכל עניין הקשור בזכויות המבוטחים עפ"י הפוליסה וההסכם.
- 1.13 התחייבות החברה המבטחת ו"מוקד בנק הפועלים" לסייע עפ"י הסכם ופוליסה אלו, הם חלק בלתי נפרד מתנאי ההסכם ומקבל הסיוע לא יחויב בכל תשלום בגין הסיוע הנ"ל.

2. השירותים הנדרשים במסגרת המערך לסילוק תביעות יעיל - תנאי סף

- 2.1 "מוקד בנק הפועלים" יקבל את מסמכי התביעה הנדרשים לסילוק התביעה ויאשר למבוטח את קבלתם בדואר בפקס או באי מייל כפי שסוכם בין המבוטח ל"מוקד בנק הפועלים".
- 2.2 "מוקד בנק הפועלים" יבחן את החומר הרפואי על פי הנחיות חברת הביטוח ותנאי הפוליסה. "מוקד בנק הפועלים" מתחייב כי משך הבחינה לא יעלה על 48 שעות ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהמבוטח.
- 2.3 אם יידרש ניהול תביעה משולב עם קופת החולים בה חבר המבוטח, או הביטוח המשלים או חברת ביטוח אחרת, יפעל "מוקד בנק הפועלים" מול הגורם המבטח הנוסף על מנת לסלק את התביעה במשותף.

- 2.4 לצורך ניהול התביעה המשותף יחתום המבוטח על ייפוי כוח לטובת "מוקד בנק הפועלים" המסמיך אותו לפעול בשמו מול כל מבטח נוסף לרבות (אך לא רק) קופת חולים.
- 2.5 כל מהלך בדיקת התביעה יארך לא יותר מ-7 ימי עסקים וכל בדיקת ערעור מבטחים, לא תארך יותר מ-7 ימי עסקים, במידה והחומר הרפואי הנדרש לצורך יישוב התביעה הגיע לחברה המבטחת כנדרש. במידה והבדיקה אורכת יותר מהנקוב לעיל, יש לקבל את הסכמת ארגון העובדים לדחות את המענה, אי הסכמת ארגון העובדים, תיחשב כאישור התביעה.
- 2.6 בכל דחיית תביעה ובטרם דחייתה, יש לשלוח לארגון העובדים הנמקה מלאה וברורה, תיעוד והפנייה לסעיפי הפוליסה, ורק מענה של ארגון העובדים, יאפשר את משלוח מכתב הדחייה למבוטח.
- 2.7 בזמן תביעה יצורף: אופן חישוב סכום החזר, בצירוף כל הסכמים הרלוונטיים.
- 2.8 עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים לגבי החזרי תשלום, מול המבטח הנוסף ו/או קופת החולים, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח "מוקד בנק הפועלים" המחאה למבוטח על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד בנק הפועלים" על ידי המבוטח. החברה המבטחת ו"מוקד בנק הפועלים" מתחייבים כי תשלום התביעה יעשה תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים ממועד סיום הליך בדיקת הזכאות כאמור לעיל.
- 2.9 עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים מול החברה המבטחת הנוספת ו/או מול קופת חולים, לגבי שליחת כתב התחייבות לקבלת טיפול רפואי, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת הטיפול, ישלח "מוקד בנק הפועלים" טופס התחייבות למבוטח או לספק השירות על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד בנק הפועלים" על ידי המבוטח. החברה המבטחת מתחייבת כי כתב התחייבות שלה יכלול את כל הזכויות הרלוונטיות למקרה הנדון עפ"י תנאי הפוליסה.
- 2.10 החברה המבטחת לא תפנה לרופא מטעם המבוטח ללא הסכמה מראש של המבוטח. כמו כן, במידה ויאושר לחברה המבטחת לפנות לרופא, החברה המבטחת תדאג לבצע ולספק את הקלטת השיחה עם הרופא.
- 2.11 במידה והמבוטח ימצא לא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח "מוקד בנק הפועלים" מכתב סירוב מנומק המסביר למבוטח מדוע לא נענתה בקשתו לתשלום תגמולי הביטוח.
- 2.12 עם סיום הטיפול, ובאותם מקרים בהם לא הצליח "מוקד בנק הפועלים" להביא לסילוק משותף של התביעה מול מבטח נוסף לרבות קופת חולים או ביטוח משלים, החברה המבטחת ו"מוקד בנק הפועלים" יפעלו לשיבוב / החזר מול החברה המבטחת הנוספת והשבת כל הכספים המגיעים למבוטח על פי הכיסוי שבידו.
- 2.13 נפטר מבוטח חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לתשלום לאחר ביצוע התשלום לפי ההתחייבות האמורה, תשלם החברה המבטחת את היתרה לעיזבוננו של המבוטח או ליורשיו הנקובים בעותק צו קיום צוואה או בצו ירושה אשר ימצא לה ע"י העיזבון.

- 2.14 במידה ונמסרה למבוטח תשובה בקשר לזכאות ו/או לכיסוי שלא קיים בפוליסה ו/או לא קיים ברובד בו הוא מבוטח, התביעה תאושר ותשולם.
- 2.15 תביעה שאושרה טלפונית, תשולם (גם במידה ואושרה בניגוד לתנאי הפוליסה).
- 2.16 מבוטח/ת/יועץ זכאי לבקש ולקבל את הקלטות השיחות עימו/ עם המבוטח.

**מדריך לקונה ביטוח סיעודי
של המפקח על הביטוח**

מדריך לקונה ביטוח סיעודי של המפקח על הביטוח

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

תשומת לבך:

1. מדריך זה כולל מידע כללי בלבד. התנאים המחייבים ביחסים שבין המבטח למבוטח, הם תנאי הפוליסה והמסמכים הנלווים לה.
2. מדריך זה נכתב על ידי המפקח על הביטוח במשרד האוצר, והינו מעודכן נכון לחודש ספטמבר 2006. עדכונים ככל שיחולו מעת לעת יופיעו, בין היתר, באתר האינטרנט של משרד האוצר בכתובת www.mof.gov.il.

1. מבוא

ביטוח, ובפרט ביטוח סיעודי, הוא מוצר מורכב הדורש הבנה מעמיקה יחסית. מרבית האנשים אינם מודעים לזכויותיהם בתחום וכן להבדלים הקיימים בין התכניות שחברות הביטוח מציעות. מטרתו של מדריך זה לסייע לך להבין מהו מצב סיעודי ומהן העלויות של אדם במצב כזה, מה אתה זכאי לקבל מהמדינה במקרה של מצב סיעודי ואילו תכניות ביטוח מציעות חברות הביטוח הפועלות בשוק. במדריך זה ננסה גם לסייע לך לנתח את הצרכים הביטוחיים שלך ושל משפחתך ואת האפשרויות העומדות בפניכם. המדריך סוקר את שוק הביטוח הסיעודי ומכיל מידע בסיסי על רכישת ביטוח סיעודי. לאחר עיון במדריך, מומלץ לפנות לגורמים מקצועיים בתחום לקבלת הסברים וסיוע בכל הקשור ברכישת הכיסוי הביטוחי.

2. מהו מצב סיעודי?

מצב סיעודי הוא מצב שבו אדם אינו יכול לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי מפעולות יום-יומיות בסיסיות או שהוא זקוק להשגחה בשל תשישות נפש (כגון, במקרה של אלצהיימר).

להלן הפעולות היום-יומיות הבסיסיות שבהן מדובר:

1. לקום ולשכב;
2. להתלבש ולהתפשט;
3. להתרחץ;
4. לאכול ולשתות;
5. לשלוט על הסוגרים (צרכים);
6. לנוע באופן עצמאי.

אדם שהוכר כתשוש נפש או שאינו יכול לבצע, בכוחות עצמו, חלק מהותי מהפעולה באחדות מהפעולות היום-יומיות שצוינו לעיל, מוגדר אדם שמצבו סיעודי.

הסיכוי שאדם לא יוכל לבצע בעצמו לפחות אחת מהפעולות היום-יומיות עולה עם הגיל: כ- 5% מבני 74- מוגבלים, לעומת כ- 30% מבני 80+

3. כמה עולה הטיפול באדם במצב סיעודי?

- עלות הטיפול באדם במצב סיעודי משתנה על-פי מקום שהותו:
- העלות החדושה לעזרה יום-יומית בבית המבוטח היא 5,000 ש"ח ואף למעלה מכך אם נדרשת השגחה של 24 שעות ביממה. עיקר העלות במקרה זה נובע מהעסקת מטפל צמוד. נוסף על עלויות אלו יש להוסיף עלויות נוספות, ובהן חיתולים, תרופות ועלויות מחיה של המטפל.
 - העלות החדושה למואשפז באופן פרטי במוסד סיעודי נעה בין 10,000 ש"ח ל- 20,000 ש"ח.
- יצוין כי משך הזמן שמצבו של אדם נשאר סיעודי תלוי במצב בריאותו, בתוחלת החיים, בטכנולוגיות רפואיות ועוד.

4. מה אני זכאי לקבל מהמדינה במקרה של מצב סיעודי?

האחריות העיקרית על הטיפול באדם שמצבו סיעודי מוטלת לפי חוק על בני משפחתו. טיפול לא-רפואי באדם שמצבו סיעודי אינו שירות שקופות החולים מספקות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הגופים שלהלן מספקים סיוע חלקי לאחר בדיקת מצבו הבריאותי והכלכלי של אדם שמצבו סיעודי: משרד הבריאות, משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים. אדם המעוניין בשירותים נוספים או בהשלמה למה שנתנה המדינה, צריך לשלם בעצמו.

המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות הם שנותנים את עיקר הסיוע הממשלתי, על-פי כללים קבועים, כדלקמן:

- **המוסד לביטוח לאומי - סיוע לאדם השווה בביתו:**
במסגרת חוק ביטוח סיעוד, המופעל על ידי הביטוח הלאומי, יוכלו לקבל גמלת סיעוד מטעם המדינה אנשים שהגיעו לגיל פרישה, אשר גרים בבית זקוקים לעזרת אדם אחר בביצוע פעולות יום-יומיות או להשגחה בבית למען בטיחותם, על-פי מבחנים ותנאי זכאות הקבועים בחוק. מי שיימצא זכאי, יקבל עזרה של מטפל שיגיע לביתו לשעות שבועיות אחדות, בין 5 שעות שבועיות לרמת הזכאות הנמוכה ביותר (מוגבלות קלה) ועד ל- 15.5 שעות שבועיות לרמת הזכאות הגבוהה ביותר (מוגבלות חמורה).
מדובר בסיוע מצומצם יחסית שאין בו די לאדם אשר זקוק להשגחה במרבית שעות היממה.
- **משרד הבריאות - סיוע למואשפז במוסד סיעודי:**
במקרה בו החליט האדם הסיעודי או משפחתו על אשפוז במוסד סיעודי, ניתן לפנות למשרד הבריאות לסיוע במימון האשפוז הסיעודי.
המדינה משתתפת בהוצאות האשפוז במוסד סיעודי עימו קיים הסכם, בכפוף לבדיקת מצבו הרפואי-סיעודי והסוציאלי של האדם, בה נבדק האם האדם מתאים לאשפוז במוסד כלשהו, כמפורט להלן:

א. מבחני תפקוד - בדיקת מצב רפואי-סיעודי
הגדרות האגף לגריאטריה במשרד הבריאות הן כדלהלן:
חולה סיעודי המתאים להשמה במוסד סיעודי

1 פרטי הגמלה מתפרסמים באתר הביטוח הלאומי <http://www.btl.gov.il> תחת "סיעוד".
2 מידע בנושא ניתן למצוא באתר האינטרנט של משרד הבריאות www.health.gov.il, וכן באתר האגף לגריאטריה במשרד הבריאות www.health.gov.il/geriatric.

אדם שמצב בריאותו ותפקודו ירודים כתוצאה ממחלה כרונית או מליקוי קבוע גופני או מנטאלי, הסובל מבעיות רפואיות הדורשות מעקב רפואי מיומן במסגרת בעלת אופי רפואי לתקופה ממושכת ושנתקיים בו אחד או יותר מהמצבים להלן: (א) הוא מרותק למיטה או לעגלת נכים; (ב) אין לו שליטה על הסוגרים או אחד מהם; (ג) הוא מתהלך בקושי רב עקב פתולוגיה או סיבוכים של מחלות שונות.

חולה תשוש נפש המתאים להשמה במוסד סיעודי

חולה מתהלך הסובל מירידה בתפקוד המוח (ירידה קוגניטיבית [דמנציה]) במישורים: זיכרון, שיפוט, התמצאות, אינטלקט במידה כזו שהינו זקוק לעזרה מלאה בפעולות היום-יום לרבות: רחצה, הלבשה, אכילה, שימוש בשירותים (אי שליטה על הסוגרים) הכוונה בניידות והשגחה.

ב. מבחני הכנסה ובדיקת הזכאות הכלכלית - בדיקת מצב סוציאלי

גובה הסיוע הניתן לאשפוז סיעודי ע"י המדינה נקבע על-פי מבחני הכנסה. **ראשית, נבדקים הנתונים לגבי האדם שמצבו סיעודי ובן/בת הזוג:** הכנסות שוטפות, נכסים כספיים ונכסי מקרקעין של המתאשפז ושל בן/בת הזוג, לרבות: פנסיה, קצבאות ביטוח לאומי, חסכונות, שכר דירה. אם מקורות אלה אינם מספיקים על מנת לכסות את מלוא האשפוז בפועל, נלקחות בחשבון הכנסות שוטפות של **ילדיו הבגירים של האדם שמצבו סיעודי:** בדיקת הכנסות ונקודות זיכוי על-פי תלוש משכורת בלבד (התחשבות בסטודנטים, הוצאות משכנתה וכד').

האדם שמצבו סיעודי הוא שבוחר באיזה מוסד ברצונו להתאשפז. המימון נמשך כל עוד מצבו של האדם נשאר סיעודי, לרבות במקרה של תשישות נפש (בפועל, לרוב עד פטירתו של האדם הסיעודי).

מי אינו זכאי לסיוע במימון על ידי משרד הבריאות?

אחד מאלה:

1. אדם במצב סיעודי מורכב (חולה סיעודי הסובל ממחלות קשות נוספות כגון סרטן או פצע לחץ) ואשר נתון לאחריות קופת החולים במסגרת סל הבריאות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהתאם לחוק, החולה ובני משפחתו נדרשים לשלם השתתפות עצמית על אשפוז סיעודי מורכב.
2. אדם בתהליך שיקום (באשפוז או בקהילה) אשר נתון לאחריות קופת החולים במסגרת סל הבריאות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
3. אדם המוגדר כתשוש. בהתאם להגדרת משרד הרווחה: "זקן אשר מפאת תפקודו הירוד זקוק לעזרה חלקית בפעולות היומיום". מדובר במוגבלות תפקודית קלה יותר ממצב סיעודי, ולרוב אנשים אלה יכולים לשהות בקהילה. במקרה בו אדם מעוניין בסידור מוסדי, ניתן לפנות למשרד הרווחה לסיוע במימון השהות במוסד לתשושים³.

לנוחיותך, להלן טבלה מסכמת של המצבים שאפשר לקבל בהם עזרה מהמדינה:

מצב תפקודי	הגוף המסייע	תנאים עיקריים
אדם במצב סיעודי השווה בביתו	ביטוח לאומי	מיועד לאנשים מעל גיל הפרישה. עד 15.5 שעות שבועיות של מטפל.
אדם במצב סיעודי השווה במוסד	משרד הבריאות	עזרה במימון עלות המוסד לפי מבחני תפקוד והכנסה.
אדם במצב סיעודי מורכב	קופת חולים	לרוב נדרש תשלום השתתפות עצמית על אשפוז מתמשך בבית חולים כללי.
אדם בתהליך שיקום	קופת חולים	תהליך שיקום באשפוז או בקהילה.
אדם תשוש השווה במוסד	משרד הרווחה	מוגבלות תפקודית קלה יותר ממצב סיעודי.

מהחולים הסיעודיים - כ- 75% נמצאים בבית וכ- 25% נמצאים במוסד סיעודי.

5. מהו ביטוח סיעודי?

ביטוח סיעודי הוא חוזה עם חברת ביטוח, הנקרא 'פוליסת ביטוח לכיסוי מצב סיעודי'. לפי חוזה זה, אדם משלם סכום כסף חודשי (פרמיה), והחברה מתחייבת, בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח, להשתתף במימון אשפוז סיעודי או טיפול סיעודי בבית אם ישתנה מצבו של המבוטח וייעשה סיעודי, וכל עוד יימשך מצב זה אך לא יותר מתקופת הפיצוי המוגדרת בפוליסה.

6. אילו סוגים של תכניות לביטוח סיעודי קיימים בחברות ביטוח?

בנוסף לזכויות הניתנות על ידי המדינה באמצעות המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות כמפורט בסעיף 4 לעיל, חברות הביטוח מוכרות פוליסות ביטוח שמטרתן לסייע במימון הוצאותיו של אדם שמצבו סיעודי.

הביטוח הסיעודי שחברות הביטוח מציעות כולל ביטוחים קבוצתיים וביטוחים אישיים (ביטוחי-פרט). **הביטוח הקבוצתי** הוא ביטוח המיועד לקבוצת אנשים, שנציגה עורך את ההתקשרות עם חברת הביטוח. בביטוח זה, קיים גורם אשר מייצג את המבוטחים ונקרא בעל פוליסה. בעל הפוליסה עורך את החוזה עם חברת הביטוח ודן עמה על תנאי הביטוח לכלל חברי הקבוצה. חוזה הביטוח נערך לרוב לתקופות קצרות של שלוש שנים או יותר (ולא לתקופה של כל חי המבוטח). המשך הביטוח לקבוצת המבוטחים בתום התקופה מותנה בחידוש ההסכם בין חברת הביטוח לבין בעל הפוליסה (להרחבה, ראה סעיף 11 לעיל).

תנאי הפוליסה הקבוצתית אחידים לכל חברי הקבוצה וגובה הפרמיה אחיד לכל קבוצת גיל (הפרמיה מתייקרת ככל שגיל הקבוצה עולה). ישנם מקרים בהם סכומי הביטוח (סכומי הפיצוי) משתנים לפי קבוצות גיל, והינם גבוהים יותר ככל שהמבוטח נכנס לביטוח בגיל צעיר יותר. הביטוח הסיעודי שחברות הביטוח מספקות מורכב ברובו המכריע מביטוחים קבוצתיים הנמכרים לחברי קופת החולים. כמו כן, ישנם ביטוחים קבוצתיים הנמכרים לקבוצות עובדים וארגונים.

ביטוח הפרט הוא פוליסת ביטוח אישית המשוקקת כחווה ישיר בין המבוטח לבין חברת הביטוח. המבוטח רוכש את הביטוח באמצעות סוכן ביטוח או ישירות מחברת הביטוח. גובה הפרמיה לכל מבוטח מחושב לפי גילו, מצב בריאותו, גובה הפיצוי החודשי שבחר (הסכום שיקבל אם יהיה מצבו סיעודי) ומשך תקופת הפיצוי. תקופת הביטוח היא כל חי המבוטח (חברת הביטוח אינה רשאית לבטל את הביטוח באמצע התקופה, אלא רק המבוטח), הפרמיה יכולה להיות משתנה על-פי גיל או קבועה לכל אורך תקופת הביטוח, ואולם מגיל 65 ומעלה היא תמיד קבועה (אינה משתנה על-פי גיל) ובדרך כלל המבוטח יכול לצבור זכויות במשך תקופת הביטוח.

כדאי לך לבדוק בקופת החולים אם יש לך ביטוח סיעודי דרך הקופה. לכמחצית מחברי קופות החולים יש ביטוח סיעודי. שים לב שאת הביטוח הסיעודי הקופות משווקות בנפרד מהתכנית לשירותי בריאות נוספים ('כללית מושלם', 'מכבי סיעודי כסף/זהב', 'מאוחדת עדיף/שיא' ו'לאומית כסף/זהב'), והוא ניתן בתמורה לתשלום חודשי נוסף. אם אינך מבוטח דרך הקופה, כדאי לברר מה תנאי הביטוח הסיעודי לחברי הקופה ואם אפשר להצטרף אליו. אם יש צורך, אפשר להשלים את הכיסוי הביטוחי על-ידי רכישת פוליסת-פרט.

7. מהו הכיסוי שחברות הביטוח נותנות בביטוח סיעודי?

תכניות הביטוח (על כל הסוגים שפורטו לעיל) מציעות למבוטח שמצבו סיעודי תגמול חודשי לתקופת זמן מוגדרת. התגמול החודשי יכול להיות מסוג פיצוי או שיפוי.

פיצוי: אם מבוטח נתון במצב סיעודי, על-פי תנאי תכנית הביטוח שרכש יהיה זכאי לקבל סכום חודשי מוסכם מראש, ללא קשר לסכומים שמתקבלים ממקורות אחרים, אם קיימים. הפיצוי הממוצע הנרכש בפוליסות-פרט הוא כ- 6,000 ש"ח לחודש. כל פוליסות-הפרט הנמכרות כיום הן מסוג פיצוי, ולפיהן המבוטח רשאי לבחור בעת הצטרפותו לתכנית את גובה הפיצוי החודשי שהוא מעוניין בו.

שיפוי: מתן החזר ההוצאות בפועל בגין אשפוז במוסד סיעודי, עד סכום מסוים מוגדר מראש. בפוליסות המציעות שיפוי, חשוב לדעת שאם יש כיסוי ביטוחי מסוג שיפוי בפוליסה נוספת המספקת ביטוח סיעודי, **אפשר לקבל משתי הפוליסות יחד סכום שאינו עולה על סך ההוצאות בפועל על אשפוז במוסד סיעודי.**

8. באילו מקרים אהיה זכאי לתגמולי סיעוד מחברת הביטוח?

התנאים להגדרת מצב סיעודי מפורטים בכל פוליסה. רק אם יתקיימו, יהיה המבוטח זכאי לקבל תגמול מחברת הביטוח.

הגדרת הזכאות הנפוצה לתגמולי סיעוד בחברות הביטוח מבוססת על אי-יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו וללא עזרה פעולות יום-יומיות בסיסיות, כמפורט בסעיף 2 לעיל, וכן על הצורך של אדם בהשגחה מרבית שעות היממה במצב של 'תשישות נפש' (למשל בשל אלצהיימר). מצבו של המבוטח נבחן על פי מסמכים רפואיים ובדיקות תפקוד שיוגשו לחברת הביטוח. ככל שמספר פעולות היומיום הנקוב בפוליסה כתנאי לקבלת התגמול הסיעודי קטן יותר, כך הפוליסה מיטיבה יותר עם המבוטח.

שים לב! בפוליסות שהונפקו או חודשו החל בספטמבר 2003, חברות ביטוח מחויבות לתת כיסוי ביטוחי כבר אם המבוטח אינו יכול לבצע שלוש משש פעולות יום-יומיות או אם הוא נתון במצב של 'תשישות נפש' (למשל בשל אלצהיימר) וזקוק להשגחה מרבית שעות היממה.

9. **מתי אהיה זכאי להתחיל לקבל את התגמול החודשי מחברת הביטוח ולמשך כמה**

זמן?

- **תקופת אכשרה:** פרק זמן בעת הצטרפות לביטוח הסיעודי, לרוב שלושה חודשים, בו המבוטח נדרש לשלם פרמיה לתכנית הביטוח שרכש אך אינו זכאי לכיסוי אם הפך לאדם שמצבו סיעודי. למשל, אם תקופת האכשרה שנקבעה בפוליסה היא שלושה חודשים, לא יהיה המבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח אם הפך לסיעודי במהלך שלושת החודשים הראשונים ממועד תחילת תקופת הביטוח.
 - **תקופת המתנה:** התקופה שהמבוטח נדרש להמתין מרגע שהוא נזקק לטיפול סיעודי ועד למועד שבו יתחיל להיות זכאי לקבלת התגמול החודשי. בדרך כלל תקופת ההמתנה היא שלושה חודשים. (בתקופה זו המבוטח מממן את הוצאות הטיפול, ובמקביל ממשיך לשלם את פרמיית הביטוח). למשל, אם תקופת ההמתנה שנקבעה בפוליסה היא שלושה חודשים, יהיה המבוטח זכאי לקבל פיצוי חודשי רק החל בחודש הרביעי מאז הפך להיות סיעודי.
 - **תקופת הפיצוי (תקופת תשלום תגמולי הביטוח):** תקופת זמן שנקבעת מראש בפוליסה, בה מתחייבת חברת הביטוח לשלם למבוטח סכום כספי חודשי (לרוב מדובר בסכום כלשהו ולא בשיירות/טיפולים). כלומר, מי שלפי ההגדרה מצבו סיעודי בתקופת הביטוח וחיכה במשך תקופת ההמתנה, זכאי לסכום כספי חודשי בהתאם למספר החודשים או השנים שנקבעו בפוליסה. יש פוליסות שמעניקות תגמול לכל יתרת חייו של המבוטח, ויש פוליסות שמעניקות תגמול לזמן מוגבל (בד"כ, שלוש, חמש או שמונה שנים). במהלך תשלום תגמולי הביטוח, המבוטח משוחזר מתשלום פרמיות, כל עוד מצבו סיעודי.
- לדוגמה: אם רכש המבוטח פוליסה ובה תקופת פיצוי של חמש שנים, הוא יתחיל לקבל את הפיצוי החודשי בתום תקופת ההמתנה למשך חמש שנים וכל עוד מצבו סיעודי. אם השתפר מצבו הבריאותי ומצבו כבר אינו סיעודי על-פי המוגדר בתנאי הפוליסה, יופסק תשלום הפיצוי החודשי והמבוטח יחזור לשלם את פרמיית הביטוח. במקרה שמצבו נחשב שוב סיעודי, יהיה זכאי לקבל פיצוי חודשי לתקופת הפיצוי שנותרה: כלומר, אם קיבל פיצוי חודשי במשך שנה וחזר להיות סיעודי, יהיה זכאי לקבל פיצוי חודשי לארבע שנים נוספות.
- לעומת זאת, אם רכש המבוטח פוליסה עם תקופת פיצוי למשך כל החיים, יהיה זכאי לפיצוי חודשי כל עוד הוא סיעודי **ללא הגבלת זמן**, גם אם היה במצב סיעודי, מצבו השתפר ולאחר מכן חזר להיות סיעודי.

שים לב! מחקרים משנת 2004 מראים כי אדם שמתאשפז במוסד סיעודי, נמצא בו בממוצע שלוש שנים. אולם, עקב העלייה בתוחלת החיים ובמקביל בשיעור האנשים שסובלים מתישיות נפש, נראה כי תקופה זו הולכת ומתארכת. על כן, חשוב לבדוק בפוליסה שלך מהו משך הזמן שביגו תקבל תגמול מחברת הביטוח אם תהיה במצב סיעודי (כלומר, מהו משך תקופת הפיצוי).

10. **מה מבנה הפרמיות בביטוח סיעודי?**

בפוליסות לביטוח סיעודי קשה לחברות ביטוח להתחייב לפרמיה ידועה מראש שלא תשתנה לאורך שנים, עקב מוגבלות הנתונים ואי-הוודאות האופיינית לביטוח הסיעודי. על כן, חברות הביטוח רשאיות לשנות את לוח הפרמיות לכלל המבוטחים אחת לכמה שנים במהלך תקופת הביטוח.

• **פוליסה קבוצתית:**

בדרך כלל מדובר בפוליסות שהפרמיה בהן משתנה לפי קבוצות גיל. נוסף על כך, לחברת הביטוח יש אפשרות להעלות את הפרמיות לכלל המבוטחים, במועדים קבועים, על-פי

ההסכם שנחתם בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח. מבוטח שיבחר להפסיק את הביטוח לא ימשך להיות מבוטח, אף לא בכיסוי מופחת, שכן למבוטח ספציפי לא נצברים כספים או זכויות במסגרת הפוליסה הקבוצתית, לעומת פוליסת-פרט כאמור בסעיף הבא.

פוליסת-פרט (פוליסה אישית):

מבנה הפרמיה בפוליסה אישית לביטוח סיעודי יכול להיות אחד משניים:

- א. פרמיה משתנה על-פי גיל עד גיל 65, ומגיל 65 - פרמיה קבועה (שאינה משתנה על פי גיל) לכל החיים;
- ב. פרמיה קבועה לכל החיים שאינה משתנה על פי-גיל.

בפוליסות אישיות שהפרמיה בהן קבועה, חברת הביטוח צוברת זכויות למבוטח, בגין כל תשלום פרמיה. בפוליסות מסוג זה, המבוטח משלם פרמיה הגבוהה יותר מהסיכון הביטוחי שלו בגילום הצעירים יותר, והסכום העודף נצבר בשבילו לגילים המאוחרים יותר. מבוטח שיפסיק את הביטוח יוסיף להיות מבוטח בכיסוי מופחת בהתאם לסכום שנצבר בעבורו (ערך מסולק). כלומר, מבוטח ששילם את הפרמיה במשך מספר שנים והפסיק לשלמה, יקבל תגמול חלקי מחברת הביטוח אם יהיה מצבו סיעודי. גובה התגמול שיקבל במקרה כזה נקבע לפי מספר השנים ששילם פרמיה ובהתאם לכללים שקבע המפקח על הביטוח. טבלת התגמולים החלקיים לפי שנות התשלום מופיעה בפוליסה.

בפוליסות אישיות שהפרמיה בהן משתנה, יש לשים לב כי בעת המעבר לפרמיה קבועה, החל בגיל 65, קיימת בדרך כלל העלאה משמעותית בפרמיית הביטוח.

שים לב! גובה הפרמיות בביטוח סיעודי (איש וקבוצתי) אינו מובטח, וייתכן שחברת הביטוח תעלה את הפרמיות לכלל המבוטחים, הן במסלול של פרמיה קבועה והן במסלול של פרמיה משתנה. כמו כן, חשוב לשים לב שהסעיף 'ערך מסולק' בא להגן על המבוטח במקרה שלא יוכל להוסיף לשלם את הפרמיות. לכן, בהשוואה בין פוליסות-פרט כדאי להביא בחשבון סעיף זה בשיקול האם לרכוש פוליסה עם פרמיה קבועה או משתנה.

11. כמה זמן יהיה הביטוח בתוקף? (או: מהי תקופת הביטוח?)

תקופת ביטוח היא התקופה שבה נותנת הפוליסה כיסוי ביטוחי לאדם מסוים. אדם שמצבו הפך לסיעודי בתקופת הביטוח זכאי לתבוע את תגמולי הביטוח. לעומתו, אדם שמצבו הפך לסיעודי לפני תחילת הביטוח, במהלך תקופת האכשרה או לאחר שהסתיימה תקופת הביטוח, אינו זכאי לקבל תגמול מחברת הביטוח.

הביטוח הסיעודי נועד לתת תמיכה לטווח ארוך. על כן חשוב מאוד כאשר שוקלים להצטרף לביטוח קבוצתי לבדוק מהי תקופת הביטוח ואם לחברת הביטוח יש זכות לסיים את הביטוח בנקודת זמן כלשהי.

בפוליסות אישיות, תקופת הביטוח היא כל חיי המבוטח. כלומר, חברת הביטוח אינה רשאית לבטל את הביטוח באמצע התקופה, למעט אם הפסיק המבוטח לשלם את פרמיית הביטוח או אם התקיים מצב של אי גילוי על ידי המבוטח בכפוף להוראות הדין. הביטוח יכול להיות מבוטל רק על ידי האדם שמשלם את הפרמיות.

לעומת זאת, בפוליסות הקבוצתיות, חברת הביטוח מחויבת לתקופת ביטוח של שנים בודדות בלבד. כלומר, לאחר שחלפה התקופה שהוסכם בין הצדדים כי לאורכה יהיו המבוטחים בקבוצה מכוסים לפי הפוליסה, חברת הביטוח או בעל הפוליסה יכולים להפסיק את הביטוח. בהקשר זה, נציין כי בשנים האחרונות היו מספר ביטוחים קבוצתיים שהוחלט על הפסקתם לגבי כלל המבוטחים.

בפוליסות קבוצתיות שהונפקו או חודשו החל ביולי 2004 חובה על חברת הביטוח לאפשר למבוטחים שמבוטחים בפוליסה יותר משלוש שנים לעבור לפוליסה אישית לביטוח סיעודי בעלת תנאים דומים, אך במחיר של פוליסה אישית, בלי לבדוק מחדש את מצבו הבריאותי של המבוטח (כלומר, ללא חיתום רפואי, כמפורט בסעיף 12 לעיל). זכות זו ניתנת למבוטח אם הוא עוזב את הקבוצה או אם הביטוח לכל חברי הקבוצה מסתיים. בפוליסה האישית אליה צורף המבוטח, חברת הביטוח אינה יכולה להפסיק חד-צדדית את הביטוח למשך כל שנות חיי המבוטח בתנאי שהמבוטח ממשיך לשלם את פרמיות הביטוח. **ואולם, חשוב לשים לב שפרמיית הביטוח בפוליסה אישית עלולה להיות יקרה הרבה יותר מפרמיית הביטוח בביטוח הקבוצתי.**

שים לב! לפני רכישת ביטוח קבוצתי כלשהו, חשוב לבדוק באילו תנאים תבטל חברת הביטוח את ההסכם, אם אפשר לעבור לפוליסה אישית במקרה של ביטול הפוליסה ובאילו תנאים.

12. **כיצד מחלה או מצב רפואי בטרם ההצטרפות לביטוח עלולים להשפיע על היקף הכיסוי הביטוחי?**

בעת חתימה על חוזה ביטוח, אדם נדרש בדרך כלל להצהיר על בריאותו ועל מחלות קודמות שהיו לו ולחלתם על טופס ויתור על סודיות רפואית. טופס זה מאפשר לחברת הביטוח לאמת את הצהרתו על-ידי בדיקת התיק הרפואי שלו בין אם בכניסה לביטוח ובין אם בעת תביעה. על סמך הצהרת הבריאות, חברת הביטוח יכולה לקבוע חריגים אישיים לחוזה הביטוח או אף להחליט שלא לקבל את האדם לביטוח. תהליך זה נקרא **חיתום רפואי**. אם קיימות מחלות קודמות, ייתכן שחברת הביטוח תקבל את המבוטח לביטוח בפרמיה חודשית גבוהה יותר או במגבלות ספציפיות על הכיסוי הביטוחי. בפוליסות ביטוח סיעודי אחדות יש סייג כללי לפיו חברת הביטוח רשאית להגביל את הכיסוי הביטוחי ואף לא לשלם תגמולי ביטוח למבוטח, אם מקרה הביטוח נובע ממצב רפואי של המבוטח עוד טרם הצטרפותו לביטוח.

לפי הוראות החוק, בפוליסות שהונפקו או חודשו החל במרץ 2004, חברת הביטוח יכולה להגביל את תוקף הכיסוי הביטוחי בפוליסה בגין מצב רפואי קודם למשך שנה לכל היותר מיום תחילת הביטוח - אם גילו של המבוטח לא עלה על 65 שנים בעת ההצטרפות לביטוח - ולמשך חצי שנה - אם גילו עלה על 65 שנים.

סייג בשל מצב רפואי קודם **לא יהיה תקף** אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם והמבטח לא סייג מצב בריאותו זה במפורש בדף פרטי הביטוח.

שים לב! חברת הביטוח עלולה לסרב לשלם למבוטח את תגמולי הביטוח בטענה שמקרה הביטוח הוא תוצאה של מצב רפואי שהיה קיים אצל המבוטח עוד לפני חתימת חוזה הביטוח. כיום, ברוב הפוליסות, חברת הביטוח יכולה לדחות תביעה בגין מצב רפואי קודם שהיה קיים לכל היותר שנה מיום ההצטרפות לביטוח. אם נשאל המבוטח על מצבו הבריאותי ולא גילה אותו למבטח או לא נתן מענה מלא לשאלות, רשאית חברת הביטוח לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות הדין.

לפני שתרכוש פוליסה לביטוח סיעודי, חשוב לבדוק אם חברת הביטוח קבעה חריגים אישיים כלשהם שיש בהם כדי להשפיע על היקף הכיסוי הביטוחי ואם קיימת הגבלה על תוקף הביטוח (הפוליסה) בגין מצב רפואי קודם, בפרט במקרה בו מוחלפת פוליסה קיימת בפוליסה חדשה.

13. **האם קיימת הטבת מס כלשהי בביטוח סיעודי?**

אין הטבות מס על תשלומי פרמיות בגין ביטוח סיעודי. תגמולי הביטוח אינם חייבים במס.

14. מה חשוב לבדוק לפני שרוכשים ביטוח סיעודי?

- כמה יעלה הביטוח כל חודש עד לגיל שיבה?
- האם הפרמיה משתנה על-פני הגיל, או שהפרמיה קבועה לאורך השנים?
- מה יקרה אם ארצה להפסיק את הביטוח או שלא אוכל לשלם את מלוא הפרמיה בעתיד? כלומר, האם הסכומים ששילמתי יעמדו לזכותי (האם קיים סעיף 'ערך מסולק' ומה התנאים בו)?
- מהם תנאי הפוליסה, ובפרט:
 - מהו גובה התגמול החודשי שאקבל מחברת הביטוח אם אהיה במצב סיעודי?
 - במשך כמה שנים אקבל תגמול זה מחברת הביטוח?
 - האם בשל הצהרת הבריאות שלי יש לי חריגים אישיים בזכאות?
 - האם קיים חריג כללי או הגבלה לגבי מצב רפואי קודם ולכמה זמן הוא תקף?
 - מהם החריגים או ההגבלות הקיימים בפוליסה (לא בהכרח בעניין מצב בריאותי)? על חברת הביטוח להדגיש חריגים אלו.
 - מהו משך תקופת ההמתנה?
 - מהו משך תקופת האכשרה?
 - האם תגמולי הביטוח הם מסוג שיכוי (החזר הוצאות כנגד קבלות) או פיצוי? האם קיים קיזוז ממקורות אחרים?
- בפוליסה קבוצתית לביטוח סיעודי:
 - לכמה שנים נחתם חוזה הביטוח עם הקבוצה? (שים לב, בדרך כלל חוזה הביטוח תקף למספר שנים קלנדריות בלבד, ולאחר מכן חברת הביטוח יכולה לשנות את התנאים או להפסיק את חוזה הביטוח.)
 - במקרה שהביטוח אינו מתחדש בתום התקופה או במקרה שאני בוחר לעזוב את הקבוצה, כמה יעלה לי להמשיך את הפוליסה באופן אישי ובאילו תנאים ייעשה הדבר?

15. מהם השלבים ברכישת ביטוח סיעודי?

- השלב הראשון ברכישת ביטוח סיעודי הוא הגדרת הצרכים הביטוחיים וביחנת מקורות ההכנסה. מומלץ להעשיר את ידיעותיך בתחום הביטוח הסיעודי לפני רכישת כיסוי ביטוחי, בין השאר על-ידי בדיקת הנושאים הרלוונטיים באתר האינטרנט של אנף שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר, באתרי האינטרנט של חברות הביטוח ובאמצעות פנייה לסוכני הביטוח⁴ או לגורם מקצועי אחר בתחום.

א. הגדר את הצרכים הביטוחיים שלך ושל משפחתך

הצעד הראשון שעליך לבצע הוא סקירת הצרכים הביטוחיים שלך ושל משפחתך והסיבות לרכישת הביטוח. שים לב, בדרך כלל ביטוח סיעודי מספק הגנה וביטחון כלכלי לגיל המבוגר, ועל כן עליך לבחון את מצבך בראייה לטווח הארוך. עם זאת, כדאי לקחת בחשבון כי גם אנשים צעירים יכולים להימצא במצב סיעודי אשר נגרם בדרך כלל עקב תאונה. להלן השאלות המרכזיות שעליך לשאול את עצמך בבואך לקבוע את הצורך בביטוח סיעודי:

1. האם אתה רווק או בעל משפחה עם ילדים?
2. האם יש לך היסטוריה משפחתית של מקרים סיעודיים או של מחלות הגורמות למצב סיעודי?

4 החוקים, ההנחיות והאתרים הרלוונטיים מופיעים בנספחים ג' עד ה'.

3. האם אתה רוצה לבטח אירוע של מצב סיעודי העלול להיות נטל כלכלי בעתיד עליך ועל משפחתך?

ב. בחן את מקורות ההכנסה העומדים לרשותך

אחרי ששקלת אם אתה זקוק לביטוח סיעודי, עליך לבחון את מקורות ההכנסה העומדים לרשותך:

1. האם יש לך חסכונות, השקעות ו/או רכוש שעשויים לסייע לך במימון טיפול סיעודי (בבית או במוסד) ארוך-טווח בגיל מבוגר?
2. האם אתה סבור שבני משפחתך יוכלו לסייע לך כלכלית ופיזית במידה ותזדקק לכך, ובאיזו מידה?
3. האם כבר יש ברשותך פוליסה לביטוח סיעודי (פוליסת ביטוח קבוצתית שיש לך ממקום העבודה, מקופת החולים או מגוף אחר או פוליסה אישית)?
4. האם אתה סבור כי תהיה זכאי לעזרה או מימון מהמוסד לביטוח לאומי או ממשרד הבריאות?

- לאחר שהגדרת את הצורך הביטוחי ובחנת את מקורות ההכנסה שברשותך, תוכל לקבוע את היקף הכיסוי הביטוחי (גובה הפיצוי החודשי) שאתה זקוק לו. אם כבר יש לך ביטוח סיעודי ממקור כלשהו (שים לב שלרוב החברים בתכניות השב"ן של קופות החולים יש כבר ביטוח סיעודי שנעשה באמצעות הקופה), עליך לשקול אם יש לך צורך בביטוח נוסף. ייתכן מאוד שרכישת ביטוח חדש תיצור מצב של ביטוח-יתר, וזה יכול להשפיע על התקציב שלך ועל התכניות הכלכליות שלך לטווח הארוך באותה מידה שביטוח-חסר ישפיע על החסכונות והנכסים האחרים שלך. במצב כזה ייתכן שאינך זקוק לביטוח נוסף.

- בשלב השני יש לערוך השוואה בין פוליסות-פרט הקיימות בשוק. עליך לבדוק וללמוד מה הם סוגי ביטוחי הסיעוד הקיימים בטרם תבחר בפוליסה המתאימה לך. לא כל הפוליסות זהות. ישנן פוליסות לתקופות פיצוי שונות, בפרמיה קבועה או משתנה. הבחירה שלך צריכה להתבסס על הצרכים שלך ומה שאתה יכול להרשות לעצמך. מעבר לעיון במדריך לצרכן המכיל מידע בסיסי על רכישת ביטוח סיעודי, רצוי לפנות לגורם מקצועי, כדוגמת סוכן ביטוח מורשה. הסוכן יכול לשווק פוליסות של חברה אחת או של מספר חברות. מומלץ לפנות לכמה סוכנים כדי שתוכל להגיע לטווח גדול יותר של פוליסות של חברות שתוכל לבחון. בחר בתשומת לב את הסוכן שדרכו תרכוש את הביטוח, כדי שיהיה אמין ומקצועי, כמו כן מומלץ לבדוק שהוא נושא רישיון סוכן מאת המפקח על הביטוח⁵, שכן הסוכן מתוגמל בעמלות על רכישותיך.

תפקידו של סוכן הביטוח אינו רק למכור לך פוליסת ביטוח. סוכן מקצועי יסייע לך בהגדרת צרכיך, יסקור וישווה את תכניות הביטוח שהוא מציע, יסביר, יעץ, יענה על כל שאלותיך ויעזור בעת תביעה.

לשם השוואה בין פוליסות ביטוח אפשר להיעזר גם בטופס הגילוי הנאות, שכל חברות הביטוח מחויבות להעביר אותו לכל מבטחיהן. בטופס זה מפורטים תמצית הכיסויים ונתונים נוספים שעניינם הכיסוי הביטוחי המוצע. הטופס יסייע לך להבין את הכיסוי הביטוחי המוצע וכן להשוות בין תכניות ביטוח. ודא שקיבלת טופס זה.

5 מומלץ לבדוק את רישוי הסוכנים באמצעות 'מערכת סוכנים וסוכנויות ביטוח' באתר האינטרנט של המפקח על הביטוח: www.mof.gov.il/hon/bituah.htm

- לאחר בחינת היקף הכיסוי הביטוחי הנדרש לך ולאחר בחינת האפשרויות הקיימות בשוק, עליך לבדוק כמה זה עולה לך. ביטוח סיעודי אישי הוא ביטוח יקר יחסית. היה בטוח שאתה מסוגל לשלם את הפרמיה החודשית וכי ההוצאה אינה מכבידה מדי על התקציב החודשי שלך. עליך לבדוק אם הפרמיה משתנה על-פי גיל במהלך שנות הביטוח ואם תוכל לעמוד בתשלום הפרמיה החודשית בכל נקודת זמן. **זכור**, אי-תשלום הפרמיה יגרום לביטול הביטוח או לקבלת כיסוי מופחת.

1. נספח א' | מילון מונחים

- **תכנית ביטוח (פוליסה)** - חוזה ביטוח שנחתם בין חברת ביטוח לבין אדם הרוכש את החוזה (בעל הפוליסה);
- **דמי ביטוח (פרמיה)** - התשלום החודשי שהמבוטח נדרש לשלם לחברת הביטוח בעבור תכנית הביטוח;
- **תקופת הביטוח** - התקופה שבה נותנת הפוליסה כיסוי ביטוחי לאדם מסוים; אדם שמצבו הפך לסייעודי בתקופת הביטוח זכאי לתבוע את תגמולי הביטוח.
- **תקופת אכשרה** - תקופת זמן של מספר חודשים מיום ההצטרפות לביטוח; בחודשים אלו המבוטח נדרש לשלם פרמיה לתכנית הביטוח שרכש, אך אינו זכאי לכיסוי במקרה שמצבו הפך לסייעודי.
- **תקופת המתנה** - התקופה שהמבוטח נדרש להמתין מרגע שמצבו הפך לסייעודי ועד למועד שבו יתחיל להיות זכאי לקבלת התגמול החודשי; בתקופה זו המבוטח נושא בהוצאות הטיפול.
- **תקופת תשלום תגמולי הביטוח** - משך הזמן שהמבוטח זכאי לקבל בו תגמולי ביטוח; תקופה זו נקבעת מראש בפוליסה.
- **תנאים לקבלת תגמול מחברת הביטוח (מקרה הביטוח)** - התנאים שלפיהם ייחשב מצבו של אדם לסייעודי לפי הפוליסה; רק אם תנאים אלו מתקיימים, יהיה המבוטח זכאי לקבל תגמול מחברת הביטוח.
- **חריגים וסייגים** - מצבים שבהם לא ישולם למבוטח תגמול מחברת הביטוח; בפוליסה קיימים 'חריגים כלליים' (לדוגמה, טרור, שימוש בסמים) והם חלים על כל אדם שרכש את הפוליסה. כמו כן קיימים 'חריגים אישיים' הקשורים במצבו הרפואי של המבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח.
- **פיצוי** - תגמולי הביטוח המשולמים למבוטח בעת קרות מקרה הביטוח בדרך של סכום מוסכם מראש, ללא צורך בהוכחת הוצאה כלשהי;
- **שיפוי** - החזר הוצאות למבוטח, בדרך כלל כנגד קבלות מקוריות, עד לסכום מסוים מוגדר מראש; תגמולי ביטוח מסוג שיפוי אפשר לקזז ממקורות אחרים.
- **ערך מסולק** - מונח הקיים בפוליסות-פרט עם פרמיה קבועה בלבד; מאפשר למבוטח ששילם את הפרמיה במשך מספר שנים והחליט להפסיק לשלם, לקבל תגמול חלקי מחברת הביטוח, אם יהיה מצבו סיעודי.

2. נספח ב' | סוגים נוספים של תכניות לביטוח-פרט סיעודי

להלן שלוש דוגמאות לתכניות נוספות לביטוח-פרט סיעודי (מעבר לביטוח הסטנדרטי המתואר בהרחבה במדריך). שתי הדוגמאות הראשונות מהוות הרחבה או תוספת לביטוח סיעודי שכבר קיים אצל המבוטח:

1. כיסוי משלים בביטוח סיעודי

מרבית חברות הביטוח הפועלות בתחום הביטוח הסיעודי מציעות כיום תכניות שתקופת ההמתנה⁶ בהן ארוכה (שלוש או חמש שנים, במקום מספר בודד של חודשים). תכניות אלו נועדו להשלים את הכיסוי הניתן בפוליסת סיעוד אחרת שברשות המבוטח (להלן 'פוליסת הבסיס' - פוליסת-פרט, פוליסה קבוצתית באמצעות קופת חולים או פוליסה קבוצתית אחרת). בדרך כלל בתכניות אלו תקופת הפיצוי היא כל החיים, כלומר לאחר שחלפה תקופת ההמתנה של מספר שנים, תשלם חברת הביטוח למבוטח את סכום הפיצוי שרכש בכל חודש למשך כל יתרת חייו, כל עוד הוא נתון במצב מזכה. הזכאות לתגמולי הביטוח בפוליסה המשלימה נקבעת לפי התנאים הקבועים באותה פוליסה או לפי התנאים הקבועים בפוליסת הבסיס, המועד הקודם מבין השניים. כלומר, במצב שאדם ייחשב סיעודי לפי פוליסת הבסיס שברשותו, הוא יהיה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי הפוליסה המשלימה (לאחר תקופת ההמתנה), גם אם לא ייחשב לסיעודי לפי תנאי הפוליסה המשלימה.

להלן דוגמאות למצבים שבהם אדם עשוי לרכוש ביטוח זה:

- אדם רכש פוליסה לביטוח סיעודי במסגרת קופת חולים. בפוליסה נקבע כי תגמולי הביטוח ישולמו במשך שלוש שנים בלבד - אדם כזה יכול לרכוש השלמה לכיסוי בתכנית שבה תקופת ההמתנה היא שלוש שנים ובכך להמשיך ולקבל סכום כסף מסוים לפי בחירתו מחברת הביטוח שרכש בה את הפוליסה המשלימה. מאחר שתקופת התשלום במרבית הביטוחים הסיעודיים של חברי קופות החולים מוגבלת, כיסוי משלים זה מוצע לחברי קופות החולים שרכשו כיסוי לביטוח סיעודי.
- אדם רכש פוליסת-פרט לביטוח סיעודי בפיצוי חודשי בסך 3,000 ש"ח לכל החיים, והוא רוצה להגדיל את הסכום שיקבל לאחר שלוש שנים, בהנחה למשל שהחסכונות שצבר יכולו לסייע לו לממן טיפול סיעודי רק במשך שנים אחדות.

2. נספח ברות-ביטוח

נספח ברות-ביטוח הוא נספח המצורף לפוליסה לביטוח סיעודי. אפשר לרכשו בתמורה לפרמיה נוספת. רכישת נספח זה מאפשרת למבוטח שהגיע לגיל 65 לרכוש גמלת סיעוד נוספת (כלומר, להגדיל את סכום הפיצוי החודשי) בלא צורך בחיתום רפואי מחדש. אדם שמצבו הפך לסיעודי לפני גיל 65, לא יוכל לרכוש גמלה נוספת כאמור לעיל.

3. ביטוח סיעודי עם פיצוי חד-פעמי (הוני)

ישנן פוליסות אשר מאפשרות למבוטח לרכוש ביטוח סיעודי שמבטיח פיצוי חד-פעמי בקרות מקרה הביטוח, בסכום אותו בחר המבוטח, ולא תגמולי ביטוח חודשיים כפי שנהוג במרבית תכניות הביטוח הקיימות בשוק.

6 התקופה שהמבוטח נדרש להמתין מרגע שמצבו הפך לסיעודי ועד המועד שבו יתחיל להיות זכאי לקבלת התגמול החודשי

3. נספח ג' | כמה עולה לרכוש ביטוח סיעודי

ביטוח-פרט

להלן דוגמאות⁷ לפרמיה החודשית שיצטרכו לשלם גבר או אישה בגילים שונים בחייהם ולמשך תקופות פיצוי שונות תמורת פיצוי חודשי בגובה 5,000 ש"ח בפוליסת-פרט (פוליסה עם פרמיה קבועה, כולל גורם מפוליסה):

תקופת פיצוי						גיל
כל החיים		5 שנים		3 שנים		
אישה	גבר	אישה	גבר	אישה	גבר	
260 ש"ח	185 ש"ח	160 ש"ח	130 ש"ח	115 ש"ח	90 ש"ח	40
350 ש"ח	245 ש"ח	220 ש"ח	170 ש"ח	165 ש"ח	125 ש"ח	50
500 ש"ח	355 ש"ח	325 ש"ח	250 ש"ח	250 ש"ח	175 ש"ח	60
950 ש"ח	660 ש"ח	645 ש"ח	420 ש"ח	480 ש"ח	325 ש"ח	70
2,170 ש"ח	1,285 ש"ח	1,345 ש"ח	870 ש"ח	1,000 ש"ח	680 ש"ח	80

כך למשל, גבר שיהיה מעוניין לרכוש ביטוח סיעודי בגיל 60 ולקבל מחברת הביטוח סכום של 5,000 ש"ח לחודש במשך חמש שנים, יצטרך לשלם כ- 250 ש"ח בכל חודש. אישה שתהיה מעוניינת לרכוש ביטוח סיעודי בגיל 70 ולקבל מחברת הביטוח סכום של 5,000 ש"ח לחודש למשך כל שארית חייה תצטרך לשלם כ- 950 ש"ח בכל חודש.

מעבר מפוליסה קבוצתית לפוליסה אישית

כאמור בסעיף 11 במדריך (כמה זמן יהיה הביטוח בתוקף), במקרה שהביטוח הסיעודי מסתיים לכלל החברים בביטוח קבוצתי כלשהו או במקרה שאדם מחליט לעזוב את הקבוצה מהסיבות שפורטו בסעיף זה, על חברת הביטוח להציע לקבוצה או לאדם המסוים אפשרות לעבור לפוליסת-פרט. ברוב המקרים של המקרים פוליסת-הפרט יקרה הרבה יותר מהפוליסה הקבוצתית.

להלן דוגמה לפרמיה החודשית שיצטרכו לשלם גבר או אישה בגילים שונים בעבור פיצוי חודשי בגובה 3,000 ש"ח למשך שלוש שנים, בעת מעבר מפוליסה קבוצתית (בדוגמה זו מדובר בפוליסה לחברי אחת מקופות החולים) לפוליסת-פרט בחברת ביטוח (בפרמיה קבועה):

⁷ המחירים המופיעים בטבלאות שלהלן מהווים דוגמה בלבד ואינם מחייבים. המחירים לנקודת הזמן שבה נכתבו, ואינם כוללים תוספות חיתומיות ואחרים.

אישה			גבר			גיל המבטח
השינוי	פרט	קבוצתי	השינוי	פרט	קבוצתי	
160 ש"ח בערך פי 4	210 ש"ח	50 ש"ח	95 ש"ח בערך פי 3	145 ש"ח	50 ש"ח	65
210 ש"ח בערך פי 4	280 ש"ח	70 ש"ח	115 ש"ח בערך פי 2.5	185 ש"ח	70 ש"ח	70
530 ש"ח בערך פי 8.5	600 ש"ח	70 ש"ח	330 ש"ח בערך פי 6	400 ש"ח	70 ש"ח	80

4. נספח ד' | פרטים מהותיים לצורך השוואה בין תכניות ביטוח-פרט

_____ מהי תקופת הביטוח?

_____ מהי תקופת התשלום?

_____ האם מדובר בתשלום מסוג פיצוי או שיפוי?

_____ אם מדובר בפיצוי - מהו גובה הפיצוי החודשי?

_____ אם מדובר בשיפוי - מהי תקרת השיפוי והאם יש קיזוז ממקורות אחרים?

_____ מהי תקופת האכשרה?

_____ מהי תקופת ההמתנה?

_____ האם ישנו חריג לגבי מצב רפואי קודם?

_____ האם ישנם חריגים אישיים שעלולים לצמצם את הכיסוי?

_____ בפוליסת-פרט - האם יש ערך מסולק ומתי אפשר להתחיל לקבלו?

5. נספח ה' | רשימת חברות הביטוח שמוכרות ביטוח סיעודי בארץ

אתר אינטרנט	כתובת	מספר טלפון	שם החברה
www.ayalon-ins.co.il	אבא הלל סילבר 12, רמת גן	03-7569210	איילון חברה לביטוח בע"מ
www.eliahu.co.il	אבן גבירול 2, ת"א	03-6920911	אליהו חברה לביטוח בע"מ
www.dikla.co.il	מגדלי בסר 2, בן גוריון 1 בני ברק	03-6145777	דקלה חברה לביטוח בע"מ
www.ildinsur.co.il	אריה שנקר 2, ת"א	03-7962666	הכשרת הישוב חברה לביטוח בע"מ
www.fnx.co.il	דרך השלום 53, גבעתיים	03-7332222	הפניקס חברה לביטוח בע"מ
www.harel-group.co.il	אבא הלל סילבר 3, רמת גן	03-7547777	הראל חברה לביטוח בע"מ
www.health.clalbit.co.il	דרך מנחם בגין 52 ת"א	03-6388388	כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ
www.migdal.co.il	אפעל 4, פ"ת	03-9168888	מגדל חברה לביטוח בע"מ
www.menora.co.il	אלנבי 10, ת"א	03-7107777	מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

6. נספח ו' | טלפונים ואתרי אינטרנט נוספים

- **משרד הבריאות**
טלפון: 02-6705705
אתר אינטרנט: www.health.gov.il
- **המוסד לביטוח לאומי**
טלפון: 08-6509999
אתר אינטרנט: www.btl.gov.il
- **משרד הרווחה - השירות לזקן**
טלפון: 02-6708170/200
אתר אינטרנט: www.molsa.gov.il
- **אשל - האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל**
טלפון: 02-6557551
אתר אינטרנט: www.eshelnet.org.il או www.eshelinfo.org.il
- **המפקח על הביטוח - המחלקה לפניות הציבור**
טלפון: 02-6211400
פקס: 02-5695352
אתר אינטרנט: www.mof.gov.il/hon/2001/general/pniyot.asp

7. נספח ז' | חקיקה והנחיות

- חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה - 1995, פרק י' - ביטוח סיעוד
- תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד - 2004
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994
- חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996
- חוזר ביטוח 2001/9 - גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסות לביטוח בריאות
- חוזר ביטוח 2002/3 - גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי
- חוזר ביטוח 2002/6 - ביטוח סיעודי - פרט
- חוזר ביטוח 2003/9 - הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי
- חוזר ביטוח 2004/11 - ביטוח סיעודי קבוצתי

8. נספח ח' | תנאים בסיסיים בתכניות לביטוח סיעודי בקופות החולים
(נכון לאוגוסט 2010)

שירותי בריאות כללית (באמצעות "דלקה" חברה לביטוח בע"מ) ¹	קופת חולים לאומית (באמצעות "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ") ²	קופת חולים מאוחדת (באמצעות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ") ³	מכבי שירותי בריאות (באמצעות "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ") ⁴	נושא
א-יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו 6 פעולות יום-יום או מרבית הסובל מתשישות נפש נפש	א-יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו 3 מתוך 6 פעולות יום-יום או מרבית הסובל מתשישות נפש	א-יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו 3 מתוך 6 פעולות יום-יום או מרבית הסובל מתשישות נפש	א-יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו 6 פעולות יום-יום או מרבית הסובל מתשישות נפש	הגדרת מקרה הביטוח
אין	אין	אין	אין	תקופת אכשרה
3 חודשים	חודשיים	חודשיים	חודשיים	תקופת המתנה
יולי 2011	יולי 2014	מרס 2013	יוני 2013	מועד תום תקופת הביטוח הנבחרת
בבית - פיאוי במסוד - שופי	בבית - פיאוי במסוד - שופי	בבית - פיאוי במסוד - שופי	בבית - פיאוי במסוד - שופי	אופן המשלום
סוף תקופת הביטוח - יולי 2011	סוף תקופת הביטוח - יולי 2014	תנאים: החל מאפריל 2010 תעריפים: אפריל 2012	תנאים: יולי 2011 תעריפים: יולי 2011	המועד הקרוב לאפשרות לעיני תנאים או תעריפים

מכבי שירותי בריאות (באמצעות "לכל בריאות חברת לביטוח בע"מ")	קופת חולים מאוחדת (באמצעות "הפניקס תורה לביטוח בע"מ")	קופת חולים לאומית (באמצעות "לכל בריאות חברת לביטוח בע"מ")	שירותי בריאות כללית (באמצעות "קללה תורה לביטוח בע"מ")	נושא																																																																																																																																
<p>סכמי הביטוח המיונים נקבעים בהתאם למקום שרירותי של המבטוח - ברבית או במסו:</p> <p>ברבית - ניתן לברור באחת משלוש האפשרויות הבאות ולהחליף ביקוף בכל עת:</p> <table border="1" data-bbox="520 135 677 454"> <tr> <th>אפשרות</th> <th>סכום זרבי</th> <th>סכום יסודי</th> </tr> <tr> <td>מספלי ישראל</td> <td>36 שעות</td> <td>25 שעות</td> </tr> <tr> <td>מספלי זר</td> <td>פיצוי 4,500 ש"ח</td> <td>פיצוי 3,500 ש"ח</td> </tr> <tr> <td>פיצוי</td> <td>לחודש</td> <td>לחודש</td> </tr> <tr> <td>כספי</td> <td>4,000 ש"ח לחודש</td> <td>3,000 ש"ח לחודש</td> </tr> </table> <p>* הזכויות נענות במלואן, ללא קשר לגיל. ההצטרפות לביטוח (אין הפחתת זכויות למצאי פיסוי בגיל מבוגר).</p> <p>- במסו: טעודי כספי: 40% מההוצאות ולא יותר מ- 5,000 ש"ח לחודש טעודי זרבי: 80% מההוצאות ולא יותר מ- 10,000 ש"ח לחודש</p>	אפשרות	סכום זרבי	סכום יסודי	מספלי ישראל	36 שעות	25 שעות	מספלי זר	פיצוי 4,500 ש"ח	פיצוי 3,500 ש"ח	פיצוי	לחודש	לחודש	כספי	4,000 ש"ח לחודש	3,000 ש"ח לחודש	<p>סכמי הביטוח המיונים נקבעים בהתאם למקום שהיחיד של המבטוח - ברבית או במסו:</p> <p>ברבית - ניתן לברור באחת משלוש האפשרויות הבאות, וכן להחליף ביקוף בהתאם למפורט במלואן:</p> <table border="1" data-bbox="364 494 795 742"> <tr> <th>אפשרות</th> <th>שנים 1-3</th> <th>שנים 4-5</th> </tr> <tr> <td>מספלי ישראל</td> <td>36 שעות</td> <td>21 שעות</td> </tr> <tr> <td>מספלי זר</td> <td>6 ימים</td> <td>כמו בשנים הראשונות</td> </tr> <tr> <td>פיצוי</td> <td>24 שעות</td> <td>השתרמות של 1,800 ש"ח</td> </tr> <tr> <td>תלוי</td> <td>4 שעות</td> <td>יום שביעי לחודש</td> </tr> <tr> <td>תלוי</td> <td>4 - (מספלי תלוי)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>פיצוי כספי</td> <td>עד 91 ש"ח</td> <td>60% מהמסב</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50,000</td> <td>בכל קבוצת גיל</td> </tr> <tr> <td></td> <td>51-65</td> <td>4,500</td> </tr> <tr> <td></td> <td>66+</td> <td>3,000 ש"ח</td> </tr> </table> <p>במסו</p> <table border="1" data-bbox="218 494 330 742"> <tr> <th>שנים</th> <th>שנים 1-3</th> <th>שנים 4-5</th> </tr> <tr> <td>גיל מחזור*</td> <td>50 עד</td> <td>7,000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>51-65</td> <td>6,500</td> </tr> <tr> <td></td> <td>66+</td> <td>4,500</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2,700</td> </tr> </table> <p>* גיל מחזור - גיל המבטוח במעוד הקבוע (14,06) או במעוד הכניסה לביטוח, רמתחן מבינה.</p>	אפשרות	שנים 1-3	שנים 4-5	מספלי ישראל	36 שעות	21 שעות	מספלי זר	6 ימים	כמו בשנים הראשונות	פיצוי	24 שעות	השתרמות של 1,800 ש"ח	תלוי	4 שעות	יום שביעי לחודש	תלוי	4 - (מספלי תלוי)		פיצוי כספי	עד 91 ש"ח	60% מהמסב		50,000	בכל קבוצת גיל		51-65	4,500		66+	3,000 ש"ח	שנים	שנים 1-3	שנים 4-5	גיל מחזור*	50 עד	7,000		51-65	6,500		66+	4,500			2,700	<p>סכמי הביטוח המיונים נקבעים בהתאם למקום שהיחיד של המבטוח - ברבית או במסו:</p> <table border="1" data-bbox="593 758 795 1053"> <tr> <th>גיל במקוע</th> <th>שנים 1-3</th> <th>שנים 4-5</th> <th>ברבית</th> </tr> <tr> <td>ההצטרפות המקורי*</td> <td>64 עד + 65</td> <td>4,500</td> <td>6 שנה ואילך</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2,600</td> <td>2,700</td> <td>1,800</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1,560</td> <td>1,560</td> <td>1,040</td> </tr> </table> <p>במסו - התחולל יזרה בגובה 80% מההוצאה במעוד ועד לסכומים המיונים שבטבלה להלן:</p> <table border="1" data-bbox="420 758 520 1053"> <tr> <th>גיל במקוע</th> <th>שנים 1-3</th> <th>שנים 4-5</th> <th>שנה 6 ואילך</th> </tr> <tr> <td>ההצטרפות המקורי*</td> <td>64 עד + 65</td> <td>7,000</td> <td>4,200</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3,900</td> <td>2,340</td> <td>1,560</td> </tr> </table> <p>* גיל במקוע - ההצטרפות המקורי - גיל המבטוח במעוד בו הצטרף מבטוח לראשונה לביטוח תורכי לאומית, בלבד שירה מבטוח במהלך כל התקופה.</p>	גיל במקוע	שנים 1-3	שנים 4-5	ברבית	ההצטרפות המקורי*	64 עד + 65	4,500	6 שנה ואילך		2,600	2,700	1,800		1,560	1,560	1,040	גיל במקוע	שנים 1-3	שנים 4-5	שנה 6 ואילך	ההצטרפות המקורי*	64 עד + 65	7,000	4,200		3,900	2,340	1,560	<p>סכמי הביטוח המיונים נקבעים בהתאם למקום שהיחיד של המבטוח - ברבית או במסו:</p> <p>ברבית -</p> <table border="1" data-bbox="576 1077 733 1324"> <tr> <th>גיל</th> <th>שנים 1-3</th> <th>שנים 4-5</th> <th>שנה 6</th> </tr> <tr> <td>כניסה*</td> <td>49 עד</td> <td>5,000</td> <td>5,000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50-64</td> <td>3,400</td> <td>1,600</td> </tr> <tr> <td></td> <td>65-74</td> <td>2,200</td> <td>700</td> </tr> <tr> <td></td> <td>75+</td> <td>1,500</td> <td>700</td> </tr> </table> <p>במסו - התחולל יזרה בגובה 80% מההוצאה במעוד ועד לסכומים המיונים שבטבלה להלן:</p> <table border="1" data-bbox="341 1077 476 1324"> <tr> <th>גיל</th> <th>שנים 1-3</th> <th>שנים 4-5</th> <th>שנה 6</th> </tr> <tr> <td>כניסה*</td> <td>49 עד</td> <td>9,000</td> <td>9,000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50-64</td> <td>5,900</td> <td>1,600</td> </tr> <tr> <td></td> <td>65-74</td> <td>3,600</td> <td>700</td> </tr> <tr> <td></td> <td>75+</td> <td>2,400</td> <td>700</td> </tr> </table> <p>* גיל כניסה - גיל המבטוח במעוד בו הפך לראשונה למבטוח במולדת, לובני הכללית, בעוד שהיה מבטוח במהלך כל התקופה.</p>	גיל	שנים 1-3	שנים 4-5	שנה 6	כניסה*	49 עד	5,000	5,000		50-64	3,400	1,600		65-74	2,200	700		75+	1,500	700	גיל	שנים 1-3	שנים 4-5	שנה 6	כניסה*	49 עד	9,000	9,000		50-64	5,900	1,600		65-74	3,600	700		75+	2,400	700	<p>גובה תחילי הביטוח לחודש</p>
אפשרות	סכום זרבי	סכום יסודי																																																																																																																																		
מספלי ישראל	36 שעות	25 שעות																																																																																																																																		
מספלי זר	פיצוי 4,500 ש"ח	פיצוי 3,500 ש"ח																																																																																																																																		
פיצוי	לחודש	לחודש																																																																																																																																		
כספי	4,000 ש"ח לחודש	3,000 ש"ח לחודש																																																																																																																																		
אפשרות	שנים 1-3	שנים 4-5																																																																																																																																		
מספלי ישראל	36 שעות	21 שעות																																																																																																																																		
מספלי זר	6 ימים	כמו בשנים הראשונות																																																																																																																																		
פיצוי	24 שעות	השתרמות של 1,800 ש"ח																																																																																																																																		
תלוי	4 שעות	יום שביעי לחודש																																																																																																																																		
תלוי	4 - (מספלי תלוי)																																																																																																																																			
פיצוי כספי	עד 91 ש"ח	60% מהמסב																																																																																																																																		
	50,000	בכל קבוצת גיל																																																																																																																																		
	51-65	4,500																																																																																																																																		
	66+	3,000 ש"ח																																																																																																																																		
שנים	שנים 1-3	שנים 4-5																																																																																																																																		
גיל מחזור*	50 עד	7,000																																																																																																																																		
	51-65	6,500																																																																																																																																		
	66+	4,500																																																																																																																																		
		2,700																																																																																																																																		
גיל במקוע	שנים 1-3	שנים 4-5	ברבית																																																																																																																																	
ההצטרפות המקורי*	64 עד + 65	4,500	6 שנה ואילך																																																																																																																																	
	2,600	2,700	1,800																																																																																																																																	
	1,560	1,560	1,040																																																																																																																																	
גיל במקוע	שנים 1-3	שנים 4-5	שנה 6 ואילך																																																																																																																																	
ההצטרפות המקורי*	64 עד + 65	7,000	4,200																																																																																																																																	
	3,900	2,340	1,560																																																																																																																																	
גיל	שנים 1-3	שנים 4-5	שנה 6																																																																																																																																	
כניסה*	49 עד	5,000	5,000																																																																																																																																	
	50-64	3,400	1,600																																																																																																																																	
	65-74	2,200	700																																																																																																																																	
	75+	1,500	700																																																																																																																																	
גיל	שנים 1-3	שנים 4-5	שנה 6																																																																																																																																	
כניסה*	49 עד	9,000	9,000																																																																																																																																	
	50-64	5,900	1,600																																																																																																																																	
	65-74	3,600	700																																																																																																																																	
	75+	2,400	700																																																																																																																																	

שירותי בריאות (באמצעות "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ")	קופת חולים מאוחדת (באמצעות "הפניקס חברה לביטוח בע"מ")	קופת חולים לאומית (באמצעות "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ")	שירותי בריאות כללית (באמצעות "דלקה חברה לביטוח בע"מ")	נשא
מכבי שירותי בריאות הסכומים צמודים למודד. מדד הבסיס הוא המודד שפורסם ב-15.6.08	הסכומים צמודים למודד. מדד הבסיס הוא המודד שפורסם ב-15.3.06	הסכומים צמודים למודד. מדד הבסיס הוא המודד שפורסם ב-15.6.09	הסכומים צמודים למודד. מדד הבסיס הוא המודד שפורסם ב-15.6.10	האמדה למודד
5 שנים	5 שנים סכמיו הביטוח מופחתים בהתאם לאמור בסעיף "גובה תגמולי הביטוח לחודש"	כל החיים סכמיו הביטוח מופחתים בהתאם לאמור בסעיף "גובה תגמולי הביטוח לחודש"	6 שנים סכמיו הביטוח מופחתים בהתאם לאמור בסעיף "גובה תגמולי הביטוח לחודש"	תקופת תשלום תגמולי הביטוח
יש במקרה של שיפוי ממקור אחר (למעט מדינה), אם המבוטח נמצא במוסד	יש במקרה של שיפוי ממקור אחר (למעט מדינה), אם המבוטח נמצא במוסד	יש במקרה של שיפוי ממקור אחר (למעט מדינה), אם המבוטח נמצא במוסד	יש במקרה של שיפוי ממקור אחר (למעט מדינה), אם המבוטח נמצא במוסד	התחשבות בתגמולים הניתנים על ידי חברות ביטוח או גורמים אחרים