



# פוליסת "מגן בריאות לקיבוץ"

מהדורת 02/12

**דקלה**  
חברה לביטוח בע"מ  
דקלה בטכיל הבריאות



התנועה הקיבוצית



# פוליסת "מגן בריאות לקיבוץ"

מהדורת 02/2012





## תוכן עניינים

גילוי נאות | 5

פרק הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה ( "חלק כללי" ) | 16

פרק א': השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה) | 28

פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות | 32

פרק ג': הסעה הכרחית באמבולנס | 35

פרק ד': חוות דעת שנייה ע"י רופא מומחה | 36

פרק ה': שירותים רפואיים נוספים | 37

פרק ו': פיצוי בגין פטירה כתוצאה ממחלה קשה | 38

נספח פרמיות לתוכנית "מגן בריאות לקיבוץ" | 40

הצהרות והתחייבות בעל הפוליסה | 41



בהתאם להוראות המפקח על הביטוח להלן סקירת תכנית הביטוח והנספחים:

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	"מגן בריאות לקיבוץ"
	שם בעל הפוליסה	התנועה הקיבוצית - אגודה שיתופית מרכזית בע"מ.
	שם המבטח	דקלה חברה לביטוח בע"מ.
	הכיסויים בפוליסה	1. השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה). 2. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות. 3. הסעה הכרחית באמבולנס. 4. חוות דעת שנייה ע"י רופא מומחה. 5. שירותים רפואיים נוספים. 6. פיצוי בגין פטירה כתוצאה ממחלה קשה.
	משך תקופת הביטוח	החל מיום הצטרפותו של כל קיבוץ, כנקוב בדף פרטי הביטוח, אך לא לפני 01.02.2012 ועד 5 שנים מיום חתימתו ולא יאוחר מ-01.03.2017.
	תנאים לחידוש אוטומטי	הסכם זה יוארך באופן אוטומטי באותם התנאים עד לחתימת הסכם חדש בין הצדדים, לתקופות נוספות בנות 5 שנים כל תקופה, אלא אם הודיע אחד הצדדים להסכם למשנהו לפחות 90 יום לפני תום תקופת הביטוח או 90 יום לפני תום כל אחת מהארכות על רצונו שלא לחדשו.
	תקופת אכשרה	יש. לכל פרקי הפוליסה - 3 חודשים.
	תקופת המתנה	אין.
	השתתפות עצמית	יש. בפרק ב' סעיף 2.4 "תרופות שאינן בסל הבריאות" - 150 ₪, לכל מנה חודשית של תרופה.
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	אין.

נושא	סעיף	תנאים								
פרמיות	גובה הפרמיה	תכנית בסיסית - משתנה בהתאם לגיל: <table border="1"> <thead> <tr> <th>גיל</th> <th>פרמיה חודשית בש"ח</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-18</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>19-25</td> <td>7.5</td> </tr> <tr> <td>26+</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table>	גיל	פרמיה חודשית בש"ח	0-18	0	19-25	7.5	26+	15
		גיל	פרמיה חודשית בש"ח							
		0-18	0							
		19-25	7.5							
		26+	15							
מבנה הפרמיה	משתנה בהתאם לגיל. ראה לעיל סעיף פרמיות-גובה הפרמיה".									
שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	אין.									
תנאי ביטול	בכל עת בהודעה בכתב, תוך 15 ימים מהיום שבו נמסרה ההודעה לחברה.									
תנאי הפוליסה ע"י המבוטח	במקרה של הפסקת תשלום דמי הביטוח, בכפוף לתנאי חוזה ביטוח התשמ"א - 1981.									
תנאי המשכיות המבוטח בביטוח	תנאי המשכיות המבוטח בביטוח	עם סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה, ו/או במקרה של עזיבת המבוטח את הקיבוץ, ו/או מבוטח אשר קיבוצו הפסיק את הביטוח מכל סיבה שהיא יהיו רשאים המבוטחים אשר היו מבוטחים בביטוח זה לרכוש אצל המבוטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלו בהם היו מבוטחים, עפ"י הפרמיות הנהוגות באותה עת, בהנחה בשיעור של - 30% לתקופה של 5 שנים. ללא צורך בחיתום רפואי מחדש וללא תקופת אכשרה. בכפוף לסעיף 14 בפרק הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה.								
המשכיות לביטוח הבסיסי	יצוין, כי ייתכן שמעבר לפוליסת המשך, יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.									

תנאים	סעיף	נושא
<p>יש. סעיף 4, בפרק הוראות ותנאים כלליים לפוליסה.תנאי מיוחד - סייג בשל מצב רפואי קודם: (חריג זה יחול על מצטרפים חדשים בלבד).</p> <p>החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בנין מקרה ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים: מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהא מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:</p> <p>א. פחות מ- 65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנוכח בהודעת המבוטח, או שהמבוטח עבר מפוליסת בריאות דומה אחרת שאז ייחשב התאריך לעניין סייג מצב רפואי קודם כתאריך הצטרפותו לביטוח הקודם.</p>	<p>סייג בשל מצב רפואי קודם</p>	<p>חריגים וסייגים</p>
<p>יש.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• בפרק הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה ("חלק כללי") - סעיפים 1.3 ו-4.</li> <li>• פרק א' השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה) - סעיף 1.1.11 וסעיף 4.</li> <li>• פרק ב' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סעיף 3.</li> </ul>	<p>סייגים לחבות המבטחת</p>	

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן : רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש	שיפוי או פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
<b>פרק א' - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה)</b>				
<p>יש קיצוח תגמולי ביטוח עפ"י סעיף 5 בפרק "הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה" ("חלק כללי").</p>	<p>ביטוח תחליפי. לחלק מהכיסויים ביטוח מוסף.</p>	<p>יש לקבל אישור המבטח מראש עפ"י סעיף 16.1 בפרק "הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה" ("חלק כללי"). למעט השתלה שאינה בתיאום עם החברה.</p>	<p>שיפוי</p>	<p>החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו עקב מקרה ביטוח שאירע בתקופת הביטוח.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• סכום הביטוח המרבי עבור מקרה ביטוח של השתלת איבר כאמור בסעיף 1.1.1 לפרק זה:</li> </ul> <p style="text-align: center;"><u>בתיאום עם החברה</u> שיפוי מלא.</p> <p style="text-align: center;"><u>ללא תיאום עם החברה</u> עקב אי יכולתה של החברה לארגן את ביצוע ההשתלה 1,000,000 ש"ח (למעט השתלת כליה).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• השתלת איבר מגופו של תורם בן אנוש המתבצעת ללא תיאום עם החברה עקב אי יכולתה של החברה לארגן את ביצוע ההשתלה כאמור בסעיף 1.1.4 לפרק זה - 400,000 ש"ח.</li> <li>• סכום הביטוח המרבי עבור מקרה ביטוח של ניתוח או טיפול אחר כאמור בסעיף 1.1.2 לפרק זה. 950,000 ש"ח.</li> </ul> <p><b>בכל מקרה, הזכאות למקרה ביטוח הנה בהתאם לאחד מהסעיפים: 2.1, 2.2, 2.3 לפרק זה.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ביצוע ניתוח הניתן לביצוע בישראל, אך נדרש לביצוע בחו"ל מאחר וקיימת סכנה להיי המבוטח או שמטרתו מניעת נכות צמיתה מעל 75% - שיפוי בגובה העלות בפועל ועד תקרה של 200% מעלות הניתוח בארץ עפ"י תעריף ש"פ הדסה.</li> </ul>

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן : רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש	שיפוי או פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
			פיצוי	<p>גמלת החלמה בעקבות השתלה:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• סך של 5,500 ₪ לחודש למשך 24 חודשים. לאחר ביצוע השתלת כבד, לב או לב ריאות.</li> <li>• סך של 5,500 ₪ לחודש למשך 12 חודשים. לאחר ביצוע השתלת כליה או כליה לבלב או השתלת מח עצם מתורם זר.</li> </ul>
			שיפוי	<ul style="list-style-type: none"> <li>• חיפוש תורם מח עצם להשתלה, כאמור בסעיף 1.1.5 - לאחר מיצוי הזכאות בסל ועד ל- 300,000 ₪.</li> </ul>
			פיצוי	<ul style="list-style-type: none"> <li>• פיצוי חד פעמי עבור השתלה עצמית ו/או תורם זר של מח עצם, כאמור בסעיף 1.1.6 - 25,000 ₪.</li> </ul>
			שיפוי	<ul style="list-style-type: none"> <li>• השתלת לב מלאכותי ו/או שימוש בלב מלאכותי לפני השתלה, כאמור בסעיף 1.1.8 עד 1,000,000 ₪.</li> </ul>
			שיפוי	<ul style="list-style-type: none"> <li>• איתור איבר להשתלה, להוצאת איבר מגוף התורם, שימורו והעברתו לצורך ההשתלה במבוטח, כאמור בסעיף 1.1.9 - עד 400,000 ₪.</li> <li>• פיצוי חד פעמי להשתלת קרנית בשיעור של 10,000 ₪</li> </ul>
				<p>בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, תבחן החברה אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008 (להלן - החוק), ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;</li> <li>2. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.</li> </ol>

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן : רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש	שיפוי או פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
<b>פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</b>				
יש קיזוז תגמולי ביטוח עפ"י סעיף 5 בפרק "הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה" ("חלק כללי").	ביטוח מוסף	יש לקבל אישור המבטח מראש עפ"י סעיף 16.1 בפרק "הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה" ("חלק כללי").	שיפוי	<p>א. כל תרופה שאינה רשומה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (להלן: "המדינות המוכרות"): ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).</p> <p>לא תוחרג או יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.</p>
				<p>ב. כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בתנאי כי התרופה אושרה על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.</p> <p>ג. 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:</p>

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן : רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש	שיפוי או פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
				<p>1. פרסומי ה- FDA</p> <p>2. American Hospital Formulary Service Drug Information</p> <p>3. US Pharmacopoeia - Drug Information</p> <p>4. (Drugdex Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):</p> <p>א עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) -</p> <p>ב חוזק הראיות (Strength Of Evidence) -</p> <p>ג יעילות (Efficacy) -</p> <p>נמצאת בקבוצה I או IIa</p> <p>5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:</p> <p>א NCCN</p> <p>ב ASCO</p> <p>ג NICE</p> <p>ד ESMO Minimal Recommendation</p> <p>6. תרופת יתום</p> <p>סכום ביטוח מרבי אותו תשלם החברה למבוטח מעל להשתתפות העצמית בגין תקופת ביטוח מתחדשת בת 36 חודשים כל אחת, יהיה 1,500,000 ₪.</p> <p>שיפוי בגין עלות השירות או הטיפול הרפואי הכרוך במתן תרופה, לרבות הזרקה או מתן עירוי, בסכום שלא יעלה על 530 ₪ לטיפול ועד 10,500 ₪ לכל תקופת הביטוח.</p> <p>השתתפות עצמית של מבוטח לכל מנה חודשית של תרופה בגובה 150 ₪.</p>

פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן : רובד ביטוחי	קיוזום תגמולים מביטוח אחר
<b>פרק ג' - הסעה הכרחית באמבולנס</b>				
החזר בגובה תעריף מד"א.	שיפוי	יש לקבל אישור המבטח מראש עפ"י סעיף 16.1 בפרק "הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכלל פרקי הפוליסה" - ("חלק כללי").	ביטוח מוסף	אין קיוזום
<b>פרק ד' - חוות דעת שנייה ע"י רופא מומחה</b>				
<p><u>חו"ד שנייה ע"י של רופא מומחה מחו"ל</u> - שיפוי בגובה 85% מההוצאה ועד לסכום מרבי בסך 1,500 דולר.</p> <p><u>חו"ד רפואית נוספת בישראל או בחו"ל ע"י רופא מומחה</u> - שיפוי בגובה 85% מההוצאה בפועל ועד ל- 2,500 ₪.</p>	שיפוי	יש לקבל אישור המבטח מראש עפ"י סעיף 16.1 בפרק "הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכלל פרקי הפוליסה" - ("חלק כללי").	ביטוח תחליפי	יש קיוזום תגמולי ביטוח עפ"י סעיף 5 בפרק "הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכלל פרקי הפוליסה" - ("חלק כללי").
<b>פרק ה' - שירותים רפואיים נוספים</b>				
<p>1. חולה סרטן (עפ"י הגדרתו בפרק) שקופת החולים / השב"ן בו היו חבר דחו את בקשתו יהיה זכאי להשתתפות בביצוע הבדיקות הבאות:</p> <p>*בדיקת MRI, גבול אחריות המבטח לא יעלה על 4,000 ₪ לביצוע תהודה מגנטית אחת.</p> <p>* בדיקות אונקולוגיות וגנטיות.</p> <p>גבול אחריות המבטח לא יעלה על 2,500 ₪ לבדיקה.</p>	שיפוי	יש לקבל אישור המבטח מראש עפ"י סעיף 16.1 בפרק "הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכלל פרקי הפוליסה" - ("חלק כללי").	ביטוח משלים. לחלק מהכיסויים ביטוח תחליפי/ מוסף.	יש קיוזום תגמולי ביטוח עפ"י סעיף 5 בפרק "הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכלל פרקי הפוליסה" - ("חלק כללי").

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש	שיפוי או פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
				<p>2. כיסוי לגרידות והפלות שלא במסגרת ביטוח בריאות ממלכתית:  <b>בהסדר עם החברה</b> - שיפוי מלא.  <b>שלא בהסדר עם החברה</b> - גבול אחריות המבטח לא יעלה על 4,000 ₪.  3. טיפולים משפרי איכות חיים שאינם בסל הבריאות כגון טיפול בתא לחץ שלא בהתוויה ו-MRI בישראל, לאחר מיצוי במסגרת קופ"ח או השב"ן בו חבר המבוטח.</p>
<b>פרק ו' - פיצוי בגין פטירה ממחלה קשה</b>				
אין.	ביטוח מוסף.	אין צורך באישור המבטח מראש.	פיצוי	<p>1. מקרה הביטוח: פטירתו של המבוטח כתוצאה מאחת המחלות המפורטות להלן:  א. סרטן - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. בכפוף לסעיף 1 א' לפרק זה.  ב. <b>אי ספיקת כליות כרונית</b> (Chronic Renal Failure).  ג. <b>אי ספיקת כבד פולמינינטית</b> (Fulminant Hepatic Failure).  ד. <b>גידול שפיר של המוח</b> (Benign Brain Tumor).  ה. <b>דלקת חיידקית של קרום המוח</b> (Bacterial Meningitis).  ו. <b>התקף לב חריף</b> (Acute Coronary Syndrome).  ז. <b>טרשת נפוצה</b> (Multiple Sclerosis).  ח. <b>צפדת</b> (טטנוס) (Tetanus).  ט. <b>פרקינסון</b> (Parkinson's Disease).  י. <b>שבץ מוחי</b> (CVA).  יא. <b>תרדמת</b> (COMA).</p>

קיזוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן : רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש	שיפוי או פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
				<p>2. פיצוי המבטוח אשר חלה באחת המחלות המפורטות לעיל ונפטר כתוצאה מהמחלה, ע"פ הסכומים שלהלן ובחלק היחסי המותאם לגילו בקרות מקרה הביטוח: עד גיל 55- 100% מסכום הפיצוי. גיל 56-70- 50% מסכום הפיצוי. גיל 71-80 - 25% מסכום הפיצוי.</p> <p>3. מבטוח אשר אובחן כחולה במחלת הסרטן ונפטר (עפ"י הגדרתו בפרק) אשר לא ניצל את הפוליסה לצורך כלשהו ובסכום כלשהו, יפוצה, הוא ו/או יורשיו בסכום חד פעמי בסך 50,000 ₪.</p> <p>4. מבטוח אשר אובחן כחולה במחלה קשה (המוזכרת לעיל, למעט סרטן) ונפטר, יפוצה, הוא ו/או יורשיו בסכום חד פעמי בסך 25,000 ₪.</p> <p>למען הסר ספק- הזכאות ניתנת לאחד משני הסעיפים (3 או 4 שלעיל בלבד), על פי העניין.</p>

## להלן פירוט סוגי הכיסויים:

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

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

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

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

הבהרה לזמן השירות הצבאי - יובהר כי הזכאות לכיסויים בפוליסת הבריאות שברשותך במהלך השירות הצבאי, כפופה להוראות הצבא כפי שיקבעו מעת לעת.

### תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב

יובהר כי תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב, אם קיימים בפוליסה שברשותך מבוססים על מחירי הסכם המתעדכנים מעת לעת על פי המפורט באתר החברה. לבירור גובה תגמולי הביטוח האמורים הנכללים בתוכנית הביטוח שברשותך ניתן לפנות לאתר האינטרנט של החברה בכתובת: [www.dikla.co.il](http://www.dikla.co.il) ובמקד הטלפוני שמספרו: 03-6145555.

**התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים שבפוליסת הביטוח.**

## פרק - הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה ("חלק כללי")

### 1. מבוא:

- א. תמורת תשלום דמי הביטוח ובכפופות לתנאים, להוראות ולחריגים המפורטים להלן, תשלם דקלה חברה לביטוח בע"מ (להלן - החברה) תגמולי ביטוח בגין מקרי ביטוח כמפורט בפוליסה זאת שאירעו החל מ-01.02.2012.
- ב. פוליסה זו מהווה פוליטת המשך למבוטחים שהצטרפו במועד מוקדם יותר מיום 01.02.2012 לפוליטת הביטוח "מגן בריאות לקיבוץ".

### 2. הגדרות:

- פוליסה זאת יהיו למונחים הבאים ההגדרות שבצידי:
- 2.1 בעל הפוליסה - התנועה הקיבוצית - אגודה שיתופית מרכזית בע"מ.
  - 2.2 מבטח - דקלה חברה לביטוח בע"מ.
  - 2.3 מוטב - הקיבוץ/מושב שיתופי שהסכים לצירוף חבריו לפוליסה בחתימתו על מסמך "אישור הצטרפות לפוליסה".
  - 2.4 מבוטח - חבר, בן או בת זוגו של חבר וכן אלמנה של חבר, מועמדים לחברות ותושבים במקום או הוריהם אף שאינם מתגוררים בקיבוץ אשר הוגשה בקשה בכתב לכללם בביטוח זה, ושמותיהם יכללו ברשימת המבוטחים שתועבר ע"י הקיבוץ לחברה, בכפוף לכך שמקבלים מהקיבוץ תקציבים ו/או שירותים נוספים שמקבלים חברי המשק, ו/או ילדיהם אשר בעת הצטרפותם לביטוח זה טרם מלאו להם 19 שנים, ו/או ילדיהם וילדי הילדים, ו/או בני/בנות זוג של בני חברים וילדיהם ובתנאי שמצטרפים מיד עם תחילת זכאותם.
  - 2.5 מבוטח קיים - כל מי שהיה מבוטח במסגרת הביטוח הקודם אשר התנהל בדקלה עובר ליום 01.02.2012.
  - 2.6 מבוטח חדש - כל מי שלא היה מבוטח במסגרת הביטוח הקודם אשר התנהל בדקלה עובר ליום 01.02.2012 ושצורף לפוליסה לאחר מועד חידושה.
  - 2.7 קיבוצים קיימים - קיבוצים אשר היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקודם עובר ליום 01.02.2012.
  - 2.8 קיבוצים חדשים - קיבוצים שלא היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקודם אשר התנהל בדקלה עובר ליום 01.02.2012.
  - 2.9 קיבוץ - כל קיבוץ החבר בתנועה הקיבוצית ואשר הצטרף להסדר הביטוחי הקבוצתי של פי הסכם זה.
  - 2.10 רשימת מבוטחים - רשימה שתכלול את שמותיהם של כל המבוטחים בקיבוץ.
  - 2.11 מקרה הביטוח - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל פרק מפרקי הפוליסה אשר בהתקיימה מוקנית למבוטח זכות לקבלת תגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
  - 2.12 טיפול חלופי - טיפול חלופי הינו טיפול רפואי מסוג אחד, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג תוצאה רפואית המושגת ע"י טיפול רפואי מסוג אחר ובלבד שהטיפול מהסוג האחד אינו כרוך בתוצאות חמורות יותר למטופל ו/או שסיכויי ההצלחה וההחלמה אינם נופלים מסיכויי ההצלחה וההחלמה של הטיפול המומלץ מהסוג האחר.

- 2.13 ועדת ערר - ועדה המורכבת משני רופאים (אחד מהם מנהל מחלקה/פרופסור) ברי - סמכא בתחום, משני בתי חולים שונים, שהתמנו ע"י התנועה הקיבוצית.
- 2.14 הצהרת בריאות - הצהרת בריאות למצטרפים שלא עברו מהביטוח הקודם ולגביהם נקבע, כי צירופם כפוף להצהרת בריאות בלבד על פי הפוליסה.
- 2.15 שב"ן - שירותי בריאות נוספים לרבות ניתוחים השתלות ותרופות שמציעות קופות החולים למבוטחיהן.
- 2.16 תקופת אכשרה - תקופת זמן רצופה בת 3 חודשים, המתחילה לגבי כל מבוטח ולגבי כל כיסוי ביטוחי כמפורט בפרק 1/או בנספח, במועד תחילת הביטוח הרלבנטי לכיסוי הביטוחי ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף מבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. החברה פטורה מתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרי ביטוח המתרחשים בתקופה זאת למעט מקרה ביטוח שקרה כתוצאה מתאונה.
- 2.17 סכום ביטוח - הסכום המרבי בו תחויב החברה לשלם בגין מקרה ביטוח אחד או יותר.
- 2.18 מדד - מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות ופירות המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדר גוף כזה, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 2.19 המדד היסודי - המדד שפורסם ביום 15 לינואר 2012.
- 2.20 המדד הקובע לתשלום על ידי המבטח - על פיו תשלם החברה על פי פרקי הכיסוי של הפוליסה יהיה המדד הידוע ביום הראשון של חודש התשלום.
- 2.21 חוק הביטוח - חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 2.22 חוק הבריאות - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 2.23 הסכם ביטוח - ההסכם שנחתם ביום 29.01.2012 בין בעל הפוליסה לבין החברה.
- 2.24 בית חולים - מוסד רפואי ציבורי או פרטי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים.
- 2.25 אשפוז - שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע ניתוח או הליך רפואי במבוטח לרבות תרופות ופרוצדורות רפואיות אשר אושרו ע"י רופא מומחה להלן המטפל במבוטח.
- 2.26 רופא מומחה - רופא שהוסמך על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום.
- 2.27 יעוץ רפואי - ייעוץ עם רופאים מומחים, לפי בחירת המבוטח בגין צורך בביצוע ניתוח או הליך רפואי על פי פוליסה זו.
- 2.28 מעבדה - מעבדה רפואית ציבורית או פרטית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 2.29 בדיקות - כל בדיקה שיורה עליה רופא מוסמך לצורך סיוע באבחנה במסגרת הייעוץ המוקדם ובדיקות המבוצעות לאחר הניתוח במהלך האשפוז.

- 2.30 תרופה - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 2.31 טיפול תרופתי - נטילת תרופה על פי מרשם באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום. המרשם יינתן בידי רופא בית חולים או בידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי לפי בחירת המבוטח, בתחילת הטיפול ובמועד שלא יפחת מאחת לשלושה חודשים במהלך הטיפול.
- 2.32 יום אשפוז - שהייה רצופה בבית החולים של 24 שעות.
- 2.33 סוכנות הביטוח - סוכנות ביטוח אשר תיבחר על-ידי בעל הפוליסה.
- 2.34 שנת ביטוח - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 2.35 מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח חדש לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה: לעניין זה, "אובחנו במבוטח"- בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 2.36 סייג בשל מצב רפואי קודם - סייג כללי בחוזה ביטוח שיחול על מצטרפים חדשים בהתאם לסעיף 2.6, הפוטר את המבטח מחבותו, או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.37 השתלה - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או בהוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, מעי, רחם, שחלות, כבד, אונת כבד וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל, במידה ופרוצדורה זו הפסיקה להיות ניסיונית וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- "הגדרה וההוראה של הפרוצדורה הרפואית "השתלה" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**
- 2.38 טיפול ניסיוני - טיפול רפואי אשר ביצועו מחייב קבלת אישור של וועדת הליסינקי.
- 2.39 שתל - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים כגון: עדשה, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולת, אביזרי שמע מלאכותיים, דפיברילטור תוך גופי, לרבות חומרי סיכון המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות. אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, בבית חולים או השב"ן, ישלם המבטח את הפרש השתל כנגד הצגת קבלה מקורית או נאמן למקור.

"ההגדרה וההוראה של הפרוצדורה הרפואית "שתל" נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר הביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

- 2.40 ניתוח - כל פעולה פולשנית חדירתית (PROCEDURE INVASIVE) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון גגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראת אברים פנימיים בדרך אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה ע"י גלי קול.
- 2.41 התייעצות עם רופא מומחה - ביקור אצל רופא מומחה על פי בחירת המבוטח, בפרקטיקה פרטית או במסגרת שר"פ שאושר על ידי משרד הבריאות. על הרופא להיות מנהל מחלקה או מנהל יחידה בבית חולים ציבורי או בעל תואר פרופסור, או מומחה בתחום ההתייעצות.

### 3. סייגים כלליים לחבות החברה:

- החברה לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל אחד מן המקרים הבאים:
- 3.1 מקרה הביטוח ארע לפני מועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח.
- 3.2 מקרה הביטוח אירע לפני חלוף תקופת האכשרה הנקובה בכל פרק.
- 3.3 סעיפים 3.1 ו-3.2 לא יחולו על מבוטחים הממשיכים מתקופת הביטוח הקודמת. מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח, או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 3.4 מקרה הביטוח נגרם עקב אי שפיות בכפוף לסעיף 4.1 להלן, ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, אלכוהוליזם, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא שלא לצורך גמילה.
- 3.5 מקרה הביטוח אירע, במישרין או בעקיפין, כתוצאה ממחלת המבוטח בסינדרום ידוע ככשל חיסוני נרכש (AIDS) שאובחנה לפני מועד הצטרפותו לביטוח.
- 3.6 מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני, או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או פעולה צבאית או פעולת טרור.
- 3.7 ניתוחים או טיפולים או תרופות למטרות קוסמטיות או אסתטיות וכן טיפולי שיניים או חניכיים למעט טיפולי שיניים הנובעים באופן ישיר וכתוצאה מטיפולים אונקולוגיים ולמעט ניתוחים שנדרשים כתוצאה מניתוח המכוסה ע"י פרק זה.
- 3.8 מקרה הביטוח נגרם עקב פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן סדיר תוך השתייכות לאגודת ספורט.

### 4. תנאי מיוחד - סייג בשל מצב רפואי קודם: (חריג זה יחול על מצטרפים חדשים בלבד)

- החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 4.1 מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה

רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהא מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

- א. פחות מ- 65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח, או שהמבוטח עבר מפוליסת בריאות דומה אחרת שאז ייחשב התאריך לעניין סייג מצב רפואי קודם כתאריך הצטרפותו לביטוח הקודם.

**4.1 פטורה החברה מחובתה בשל הוראות המפורטות בסעיף 4.1 לעיל ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, תחזיר החברה למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.**

4.2 המבטח יהיה אחראי וישלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח הנובע ממום ו/או מחלה מולדים ו/או מקרה ביטוח שהינו תוצאה של סיבוכי הריון ו/או לידה ו/או סיבוכי לידה ו/או אירוע שאירע במהלך הלידה, אם שני ההורים או אם/אב חד הוריים היו מבוטחים לפחות ששה חודשים לפני לידתו של המבוטח והוא צורף לביטוח תוך שלושה חודשים מיום לידתו או אם טרם לידתו של המבוטח צורפו כל חברי בעל הפוליסה לביטוח כולל הורי המבוטח ובכפוף לסעיף 4 לעיל.

**האמור בסעיף זה מיטיב עם המבוטח ביחס לתקנה "הוראות לעניין מצב רפואי קודם", התשס"ד 2001.**

## 5. **תשלום תגמולי ביטוח:**

5.1 החברה תהיה רשאית, על פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח, ישירות למי שסיפק למבוטח את השרות הרפואי, או לשלם למוטב או למבוטח בהוראה בכתב של המוטב. המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, מקדמות או כתב התחייבות כספית, אשר יאפשרו לו קבלת שרות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

5.2 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום או במטבע בו יבחר מבצע הטיפול.

5.3 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

5.4 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי אדם שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זאת לחברה מששלמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מן האדם השלישי שיפוי מעל תגמולי ביטוח שקבל לפי פוליסה זאת. קבל המבוטח מהאדם השלישי שיפוי שהיה מגיע לחברה לפי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה: עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.

5.5 בוטחו מקרי הביטוח, כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך למבטחים בכתב מיד לאחר שנעשה ביטוח הכפל או לאחר שנודע לו עליו. עלה סך תגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח בגין מקרה ביטוח מכוסה על פי פוליסות הביטוח שנערכו על ידו ו/או עבורו, על ההוצאות בפועל שהוציא המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח, תהיה החברה זכאית להתנות את תשלום תגמולי הביטוח בהמחאת זכויותיו של המבוטח על פי הפוליסות האחרות לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקה היחסי של החברה בהוצאות המכוסות שהוצאו בפועל.

#### 6. בירור חילוקי דעות בנושאים רפואיים:

נדחתה מנימוקים רפואיים תביעתו של מבוטח לתשלום תגמולי ביטוח על-פי פרקים א' ו-ב' של תכנית הביטוח הבסיסית יהיה זכאי המבוטח לערער בכתב על הדחייה בפני וועדת ערר. החלטה של וועדת הערר תחייב את החברה.

#### 7. תנאים כלליים לאחריות החברה:

7.1 אירע מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה תוך 45 יום ממועד האירוע ולמסור לידיה את כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, להחתיים את המבוטח על כתב הסכמה בדבר ויתור על סודיות רפואית ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות אחרת, למסור לחברה את המידע הרפואי המלא הנוגע למבוטח.

7.2 החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה או חקירה, לצורך בירור חבותה על פי הפוליסה, הכול כפי שהחברה תמצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב באופן משמעותי את משך הטיפול.

7.3 אחריות החברה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי טיפול רפואי אשר בוצע לאחר תום תקופת הביטוח מתקיימת אך ורק אם הטיפול הרפואי בוצע תוך 30 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

#### 8. סכום הביטוח:

8.1 הסכום המרבי אשר החברה תשלם כתגמולי ביטוח בגין כל פרק לא יעלה על הסכום הנקוב באותו פרק.

8.2 סכומי הביטוח הנקובים בדולרים יומרו למטבעות אחרים, לרבות השקל הישראלי, על פי הכללים הקבועים בסעיף תשלום תגמולי הביטוח.

8.3 סכומי הביטוח הנקובים בשקלים יהיו צמודים למדד כאשר מדד הבסיס הוא המדד שפורסם ב - 15/01/2012 ומדד ההתאמה הוא המדד הידוע במועד ביצוע תשלום תגמולי הביטוח.

#### 9. התיישנות:

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

#### 10. תחולת חוקים:

הוראות חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981 יחולו על פוליסה זאת בכל אותם עניינים שלא הוסדרו בפוליסה עצמה.  
הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 יחולו על פוליסה זאת לפי העניין.

#### 11. תקופת ביטוח :

החל מיום הצטרפותו של כל קיבוץ, כנקוב בדף פרטי הביטוח, אך לא לפני 01.02.2012 ועד חמש שנים מיום חתימתו ולא יאוחר מ 01.03.2017.

#### 12. תנאים לחידוש אוטומטי:

הסכם זה יוארך באופן אוטומטי באותם התנאים עד לחתימת הסכם חדש בין הצדדים, לתקופות נוספות בנות חמש שנים כל תקופה, אלא אם הודיע אחד הצדדים להסכם למשנהו לפחות 90 יום לפני תום תקופת הביטוח או 90 יום לפני תום כל אחת מהארכות על רצונו שלא לחדשו.

#### 13. הצטרפות לביטוח:

- 13.1 הצטרפות כל קיבוץ לביטוח על פי הסכם זה תהיה על בסיס וולונטרי ולאחר חתימה על טופס "אישור קיבוץ"
- 13.2 הקיבוץ יצרף את כל חבריו באמצעות רשימה שתועבר לחברה .
- 13.3 לפוליסה יצורפו כל המבוטחים כהגדרתם בתנאים הכלליים בסעיפים 2.4 ו- 2.5, באופן אוטומטי, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות/או בתקופת אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. למעט הורי חברים כמצויין להלן בסעיף 13.6.
- 13.4 קיבוץ חדש שיבקש לצרף את חבריו בתוך 180 יום ממועד חתימת ההסכם בין הצדדים, יצורף ללא צורך במילוי הצהרת בריאות/או בתקופת אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו.
- 13.5 קיבוץ חדש שהיה מבוטח בחברה אחרת ויבקש לצרף את חבריו לאחר יותר מ- 180 יום ממועד חתימת ההסכם בין הצדדים, יצורף ללא צורך במילוי הצהרת בריאות/או בתקופת אכשרה ויחול עליו סייג מצב קיים. אם הוראת סייג מצב קיים לא חלה בפוליסה הקודמת, תבוטל גם במעבר לפוליסה זו.
- 13.6 הורי חברי קיבוץ, שיש להם זיקה לקיבוץ (חברות בקיבוץ או מגורים בדיר מוגן מטעם הקיבוץ), יצורפו לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי. ההצטרפות נתונה לשיקול דעת החברה בלבד ותיכנס לתוקף רק לאחר אישור ההצטרפות על ידי החברה.

13.7 מבוטח בקולקטיב זה שעזב את הקיבוץ והמשיך בפוליסת פרט בחברה, יוכל לחזור לביטוח הקבוצתי במסגרת הסכם זה, ובלבד שבמועד ההצטרפות מחדש הוא עונה על הגדרת מבוטח הזכאי להצטרף לתכנית לפי הסכם זה.

## 14. המשכיות:

14.1 תנאי המשכיות במקרה של ביטול הפוליסה או סיום ההסכם:

14.1.1 עם סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה מכל סיבה שהיא, יהיו רשאים

המבוטחים אשר היו מבוטחים בביטוח זה לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלה בהם היו מבוטחים עובר למועד סיום ההסכם או ביטולו, בתנאים המקובלים בחברה בתכנית ביטוח דומה, בהנחה של 30% מדמי הביטוח, לכלל המבוטחים בני אותו גיל, וזאת לתקופה של עד חמש שנים, ללא צורך בהצהרת בריאות חדשה וללא תקופת אכשרה, בתנאי שהצטרפו לתוכנית כאמור לא יאוחר מ- 60 יום לאחר הפסקת חברותם בביטוח זה.

14.1.2 המבטח יפנה, באמצעות בעל הפוליסה, בכתב לכל מבוטח (או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם) תוך 60 יום ממועד הביטול או סיום ההסכם ולהציע לו את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית.

14.1.3 המבוטח יהיה פטור ממילוי הצהרת בריאות לגבי כיסויי ביטוח ועד לסכומי ביטוח הנכללים בפוליסה זו. לאמור, תנאי החיתום לגבי הביטוח הפרטי יהיו כפי שנקבע בעת הצטרפותו לביטוח זה, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי.

14.1.4 מובהר בזאת כי האמור בס"ק 14.1.3 מתייחס לכיסויי ביטוח ועד לסכומי ביטוח הנכללים בפוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים ו/או יבקש להגדיל את סכומי הביטוח מעבר לאלו שבפוליסה זו, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

14.1.5 לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח הפרטי כמועד הצטרפותו לביטוח זה. המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.

14.2 מבוטח אשר היה מבוטח בביטוח זה ועזב את הקיבוץ או מבוטח אשר קיבוצו הפסיק את הביטוח מכל סיבה שהיא, יהיה רשאי להצטרף לכל תכנית ביטוח בריאות חלופית המוצעת ע"י החברה בתנאים המקובלים בחברה בתכנית ביטוח דומה, בהנחה של 30% מדמי הביטוח, לכלל המבוטחים בני אותו גיל, וזאת לתקופה של עד חמש שנים, ללא צורך בהצהרת בריאות חדשה וללא תקופת אכשרה, בתנאי שהצטרף לתוכנית כאמור לא יאוחר מ- 60 יום לאחר הפסקת חברותו בביטוח זה.

## 15. הוראות נוספות בהתאם להוראות תקנה 12(ב) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט - 2009

15.1

- א. מוטלת על מבטוח 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, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 11ד(ג) לחוק עובדים זרים.
  2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבטוח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטוחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.
- ב. האמור בסעיף (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 המבטוחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
  2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- ג. פחת מספר המבטוחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 15.2 מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבטוחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח; בתקנה זו, "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 15.3 חלה על מבטוח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבטוח הוראות בחווה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 15.4 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי),

ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; לעניין זה - "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

"שינוי בתנאי הכיסוי 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.

15.5 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.

15.6 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 15.1 ב' לעיל, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הגושה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

15.7 פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 11 לפוליסה, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

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

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.

## 16. תביעות:

המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם אם נתקיימו כל אלה:

16.1 המבוטח הודיע מראש למבטח על מקרה הביטוח וקיבל את אישור המבטח לחבותו על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבטח לקיום מקרה ביטוח ולחבותו, הוא תנאי מהותי לאחריות המבטח. המבטח מתחייב להודיע על אישור התביעה תוך 15 יום ממועד הגשת המסמכים העיקריים הנדרשים לאישור התביעה. על

אף האמור בסעיף זה, היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח את תגמולי ביטוח בהתאם להוראות הפוליסה ותנאיה לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבוטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי ו/או ביצוע הניתוח. תוקף האישור כאמור בסעיף זה הינו למשך 60 יום הביטוח ובלבד שהפוליסה עודנה בתוקף במהלך 60 הימים.

16.2 המבוטח חתם על כתב ויתור סודיות רפואית ומסר למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתייחסים לתביעתו, ואת כל המסמכים הדרושים למבטח לברור תביעתו, והכל אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבוטח ו/או אם המבוטח נקט אמצעים סבירים בהתחשב בנסיבות העניין לקבלת המסמכים הנדרשים בהתאם להוראות ולדרישות המבטח.

16.3 תשלום תגמולי ביטוח ישירות למבוטח מותנה בכך שהמבוטח המציא למבטח קבלות מקוריות או נאמנות למקור המאשרות ביצוע תשלום בפועל על ידו. במקרה כאמור בסעיף 5 לעיל, יהיה המבוטח רשאי להגיש למבטח העתקים מאושרים של הקבלות.

16.4 המבטח יהא זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה לשם בדיקת אמיתות העובדות המשמשות יסוד לתביעה, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמו, ובלבד שהבדיקה אינה מסכנת את המבוטח או עלולה לגרום לו נכות ו/או סבל, ומקום ביצועה של הבדיקה יהיה במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח.

16.5 המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן שירותים וזאת גם כאשר מדובר בבי"ח שבהסכם או במנתח/מרדים שבהסכם.

## 17. הצמדה:

17.1 סכומי הביטוח הקבועים בפוליסה זו המבטח לפי העניין, יהיו צמודים למדד.  
17.2 חישוב הצמדה יהא היחס שבין המדד האחרון הידוע אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל על ידי המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקורות מקרה הביטוח, או על-ידי המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד היסודי.

## 18. תנאי ביטול הפוליסה:

18.1 ביטול הפוליסה על ידי המבטח  
במקרה של הפסקת תשלום דמי הביטוח, בכפוף לתנאי חוזה ביטוח, התשמ"א-1981.  
18.2 ביטול הפוליסה על ידי המבוטח  
כל מבוטח רשאי לדרוש את הפסקת הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח. הביטוח יבוטל תוך 15 ימים מהיום שבו נמסרה ההודעה לחברה וללא החזר פרמיה. בקשת הפסקת הביטוח תועבר בכתב אל הקיבוץ ולחברה המבטחת.

## 19. תום הביטוח ו/או הפסקתו:

19.1 תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מין המבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:

- 19.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח בהתאם לתנאים הקבועים בהסכם.
- 19.1.2 היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
- 19.1.3 היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח/בעל הפוליסה, בכתב, למבטח על הפסקת הביטוח לגביו.

## תכנית הביטוח הבסיסית

### פרק א':

## השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה)

### 1. מקרה הביטוח:

- 1.1 מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של מבטוח המחייב ביצוע טיפול רפואי כלהלן:
- 1.1.1 השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב מתורם אחר בגוף המבטוח או השתלת מח עצם או תאי אב עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או בהוצאה מגוף המבטוח של ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, מעי, רחם, שחלות, כבד, אונת כבד וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל, במידה ופרוצדורה זו הפסיקה להיות ניסיונית, וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו ושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- "הגדרה וההוראה של הפרוצדורה הרפואית "השתלה" נוסחה באופן שמיטיב עם המבטוח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".
- 1.1.2 כל ניתוח וטיפול אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהיא או אין ניסיון מספיק (לפחות 50 פרוצדורות מוצלחות מסוג זה במוסד אחד לפחות בישראל) בביצועו ואין לו טיפול חלופי, הדרוש להצלת חיי מבטוח או שיפור איכות חייו, כולל הצלת שמיעה וראיה (כולל הצלה של לפחות 75% מכושר השמיעה או הראייה של המבטוח), ובלבד שהינו לצרכים רפואיים, מבוצע במוסדות רפואיים מוכרים, ואינו לצרכים קוסמטיים ואינו ניסיוני.
- 1.1.3 כל ניתוח הניתן לביצוע בישראל אך נדרש לביצוע בחו"ל מאחר וקיימת סכנה לחיי המבטוח או שמטרתו מניעת נכות צמיתה מעל 75% ובלבד שהינו לצרכים רפואיים, מבוצע במוסדות רפואיים מוכרים, אינו לצרכים קוסמטיים ואינו ניסיוני.
- 1.1.4 השתלת איבר מגופו של תורם בן אנוש המתבצעת ללא תיאום עם החברה עקב אי יכולתה של החברה לארגן את ביצוע ההשתלה, **ובלבד שההשתלה מבוצעת בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008.**
- 1.1.5 חיפוש תורם מח עצם להשתלה לאחר מיצוי הזכויות בסל.
- 1.1.6 פיצוי חד פעמי עבור השתלה עצמית ו/או תורם זר של מח עצם.

- 1.1.7 השתלת מח עצם מתורם זר.
- 1.1.8 השתלת לב מלאכותי ו/או שימוש בלב מלאכותי לפני השתלה.
- 1.1.9 איתור איבר להשתלה, להוצאת איבר מגוף התורם, שימורו והעברתו לצורך ההשתלה במבוטח, **ובלבד שההשתלה מבוצעת בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008.**
- 1.1.10 מועד קורות מקרה הביטוח יחשב כמועד בו אובחן לראשונה המצב הרפואי של המבוטח שבעקבותיו נזקק המבוטח לטיפול הרפואי או יזדקק לו בעתיד.

1.1.11 **למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח, אם אירע בתקופה של 36 חודשים רצופים.**

## 2. סכום הביטוח:

- 2.1 שיפוי מלא עבור מקרה ביטוח של השתלת איבר המתבצעת בתיאום עם החברה כאמור בסעיף 1.1.1 לעיל.
- 2.2 עד 1,000,000 ₪ להשתלה כאמור בסעיף 1.1.1 לעיל, שאינה בתאום עם החברה (למעט השתלת כליה). סכום הביטוח המרבי כאמור בסעיף 1.1.4 יהיה 400,000 ₪.
- 2.3 סכום הביטוח המרבי עבור מקרה ביטוח של ניתוח או טיפול אחר כאמור בסעיף 1.1.2 לעיל הינו בסך 950,000 ₪.
- 2.4 סכום הביטוח המרבי עבור מקרה הביטוח כאמור בסעיף 1.1.3 וכל השירותים הקשורים באשפוז והשירותים הרפואיים הנלווים [שירותי מנתח (פרופסור/מנהל מחלקה), הרדמה, חדר ניתוח, אחות פרטית ובדיקה פתולוגית] יא שיפוי בגובה של העלות בפועל ועד תקרה של 200% מעלות הניתוח בארץ עפ"י תעריף שר"פ הדסה.
- 2.5 **בכל מקרה הזכאות למקרה ביטוח הנה בהתאם לאחד מהסעיפים: 2.1 - 2.4 בלבד.** המבוטח יהיה זכאי לאחר ביצוע טיפול רפואי בארץ או בחו"ל כמפורט בסעיף 1.1.1 לעיל למעט השתלת קרנית לפי צוי מיוחד נוסף כלהלן:
  - 2.5.1 24 גמלאות בסך 5,500 ₪ לחודש לאחר ביצוע השתלת כבד, לב או לב ריאות.
  - 2.5.2 12 גמלאות בסך 5,500 ₪ לחודש לאחר ביצוע השתלת כליה או כליה-לבלב או השתלת מח-עצם מתורם זר.
- 2.6 בקרות מקרה הביטוח כאמור בסעיף 1.1.1 ו- 1.1.2 יהיה זכאי המבוטח להתייעצות אחת עם רופא מומחה. ההחזר לו יהיה זכאי המבוטח יהיה בגובה 85% מעלות ההתייעצות ועד לתקרה של 1,400 ₪.
- 2.7 השתתפות בהוצאות מתן דיאליזה לפני השתלת כליה לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים.
- 2.8 התייעצות עם רופא מומחה - ביקור אצל רופא מומחה על פי בחירת המבוטח, בפרקטיקה פרטית או במסגרת שר"פ שאושר על ידי משרד הבריאות. על

- הרופא להיות מנהל מחלקה או מנהל יחידה בבית חולים ציבורי או בעל תואר פרופסור, או מומחה בתחום ההתייעצות.
- 2.9 סכום הביטוח המרבי עבור מקרה ביטוח כאמור בסעיף 1.1.5 יהיה לאחר מיצוי הזכאות בסל ועד ל 300,000 ₪.
- 2.10 סכום הפיצוי החד פעמי עבור מקרה ביטוח כאמור בסעיף 1.1.6 יהיה 25,000 ₪.
- 2.11 סכום הביטוח המרבי עבור מקרה ביטוח כאמור בסעיף 1.1.8 עד 1,000,000 ₪.
- 2.12 סכום הביטוח המרבי עבור מקרה ביטוח כאמור בסעיף 1.1.9 עד 400,000 ₪.
- 2.13 פיצוי חד פעמי להשתלת קרנית בשיעור של 10,000 ₪.

### 3. תגמולי הביטוח:

- 3.1 החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עקב קרות מקרה הביטוח, אך לא יותר מסכום הביטוח כמפורט בסעיף 2 לעיל כדלקמן:
- א. הוצאות לרכישת כרטיסי טיסה למבוטח, למלווה אחד ולרופא מלווה (אם נקבע צורך רפואי לכך) במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד, לרבות הטסה בשכיבה, הנדרשת עקב מצבו הרפואי של המבוטח, וכן לרבות הוצאות הטסת ציוד רפואי הכרחי עקב מצבו הרפואי של המבוטח.
- למען הסר ספק מובהר בזה כי החברה לא תהיה אחראית לשיפוי הוצאות נוספות הנובעות ממתען עודף של המבוטח ו/או מלווה ו/או הרופא, או כל הוצאה בגין הליווי הרפואי.
- יובהר כי במקרה של מבוטח שגילו אינו עולה על 19 יזכרו הוצאות הטיסה של שני מלווים והמשפחה תהיה רשאית להחליף בין המלווים לסירוגין, עד 3 החלפות.**
- ב. הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח.
- יובהר כי במקרה של מבוטח שגילו אינו עולה על 19 יזכרו הוצאות הטיסה של שני מלווים והמשפחה תהיה רשאית להחליף בין המלווים לסירוגין, עד 3 החלפות.**
- ג. הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של המבוטח ומלווה אחד בארץ הטיפול, בהיותם בהמתנה לביצוע הטיפול הרפואי או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינה רפואית, וכן הוצאות מגורים של המלווה בתקופת אשפוזו של המבוטח. לא יעלו יחד על 25% מסכום השיפוי המרבי.
- "הוצאות מגורים" - הוצאות לינה במלון (ללא ארוחות, משקאות, ושירותים נוספים), או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים או שכירת דירה המתאימה למגורי המבוטח ומלווה אחד, ובתוספת הוצאות החלות על שוכר דירה (גז, חשמל, מים) אשר המבוטח יידרש לשאת בהן.
- "הוצאות כלכלה" - הוצאות שהוציאו המבוטח ו/או מלווה עבור אוכל ושתייה, אשר לא יעלו, שניהם ביחד, על סך 6,600 ₪ לכל חודש של שהיה, או החלק היחסי המתאים לתקופה קצרה מחודש.

יובהר כי במקרה של מבוטח שגילו אינו עולה על 19 יוכרו הוצאות הכלכלה והשהות של שני מלווים והמשפחה תהיה רשאית להחליף בין המלווים לסירוגין, עד 3 החלפות.

ד. הוצאות אשפוזו של המבוטח והטיפול הרפואי בו לרבות שכר רופאים, אחיות, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, תרופות, השגת איברים ושימורם לרבות הוצאות קציר איברים הנעשות על פי אמות מידה רפואיות ואתיות מקובלות, הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת בחו"ל, הנובעת ישירות מהוראה רפואית המחייבת את ביצועה בחו"ל ובלבד שאין מדובר בתשלום תמורה לאדם בעבור איבר שניטל מגופו או מגופו של אדם אחר, או המיועד לנטילה כאמור, והכל בין שהנטילה נעשית בחייו של אדם ובין שהיא נעשית לאחר מותו. לעניין זה "תמורה" - כסף, שווה כסף, שירות או טובת הנאה אחרת, ולמעט בנסיבות המפורטות בסעיף 3(ג) לחוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ("חוק השתלת איברים").

מובהר בזאת במפורש כי כל ההוצאות הנזכרות לעיל הינן הוצאות ישירות לבצוע הטיפול הרפואי שאושר והחברה לא תהיה אחראית ולא תשפה את המבוטח עבור הוצאות רפואיות בגין טיפולים אחרים, וגם לא עבור הוצאות טיפול שניניים.

ה. שכר יעוץ והוצאות הכרוכות בהטסת מומחה רפואי מחו"ל לישראל ובחזרה למטרת ייעוץ ו/או טיפול רפואי למבוטח אשר לא ניתן, מחמת מצבו הרפואי, להעבירו לביצוע הטיפול הרפואי לחו"ל.

ו. הוצאות רפואיות בלבד הנדרשות עבור המשך טיפול בחו"ל, הנובע ישירות מהטיפול הרפואי בחו"ל.

ז. הוצאות הטסת גופתו של המבוטח במקרה מותו חו"ח בעת שהייתו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול הרפואי. מובהר בזאת כי לא תכוסינה כל הוצאות בישראל הקשורות בהבאת הגופה.

3.2 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה, לשלם את ההוצאות הרפואיות, כולן או חלקן, ישירות למי שביצע בחו"ל את הטיפול הרפואי במבוטח או לשלמן לידי המבוטח. המבוטח זכאי לקבל מהחברה מקדמות או התחייבות כספית, שיאפשרו למבוטח קבלת הטיפול הרפואי, ובלבד שזכאותו של המבוטח על פי חוזה הביטוח אינה שנויה במחלוקת.

3.3 בטרם מתן שפיו או פיצוי למימון ביצוע השתלה בהתאם לפרק זה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

- א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשו על פי הדין החל באותה מדינה;
- ב. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

#### 4. סייגים מיוחדים לפרק זה:

השתלה לא תכלול השתלת/החלפת מסתם לב, שאינה חלק מהשתלת לב מלאה.

## פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

### 1. הגדרות:

- 1.1 **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.2 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום. המרשם יינתן בידי רופא בית חולים או בידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי לפי בחירת המבוטח, בתחילת הטיפול ובמועד שלא יפחת מאחת לשלושה חודשים במהלך הטיפול.
- 1.3 **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תכנית השב"ן.
- 1.4 **מרשם** - מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה או על ידי רופא בית חולים, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד ובמינון עבור טיפול של עד חודש אחד בכל פעם. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם. על אף האמור לעיל, ניתן למבוטח מרשם לטיפול לתקופה פחותה משלושה חודשים יהא המבוטח רשאי להמציא מרשמים נוספים חתומים בידי רופא שאינו רופא מומחה, ובתנאי שאחת לשלושה חודשים ימציא המבוטח מרשם מרופא מומחה.
- 1.5 **טיפול ניסיוני** - טיפול רפואי (ניתוח, השתלה, טיפול תרופתי, טיפול רפואי כלשהו) אשר אינו מאושר ע"י אף אחת מהרשויות המוסמכות בישראל או ע"י ה-F.D.A או ע"י רשות מוסמכת במדינות האיחוד האירופי, קנדה, ו/או אוסטרליה, לטיפול במצבו הרפואי הספציפי של המבוטח.
- 1.6 **תרופה חלופית** - תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, שנועדה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר מביאה, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאה רפואית דומה לזו של התרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ובלבד שהטיפול התרופתי בתרופה זו אינו כרוך בתוצאות חמורות יותר למבוטח, ביחס לתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות.
- 1.7 **תרופה ניסיונית** - תרופה אשר כלולה בסל הבריאות ולא אושרה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באף אחת מן מדינות המוכרות, כהגדרתן להלן לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח.
- 1.8 **תוצאות חמורות יותר** - תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול התרופתי, לרבות פגיעה באיכות או בשגרת חייו של המבוטח, למעט שינוי הנוגע לתדירות נטילת התרופה דרך הפה.

1.9 אם השתמש המבוטח בתרופה חלופית, ולאחר תחילת השימוש האמור התגלו תוצאות חמורות יותר אצל המבוטח או התברר שהתרופה החלופית לא הביאה לתוצאה רפואית דומה לזו שהתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות הייתה צפויה להביא, יכסה המבטח את התרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות.

## 2. תנאי הכיסוי:

### 2.1 מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח הנזקק על פי הוראת רופא לטיפול תרופתי. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על פי פוליסה זו בגין רכישת התרופות הבאות:

א. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות:

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

ב. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות:

כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו של המבוטח על ידי הרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.

ג. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL:

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

ד. תרופת יתום: הכיסוי יכלול כל אמצעי רפואי לרבות ומבלי לגרוע מן האמור תרופות ומוצרים ביולוגים (כולל נסיובים).

**"ההגדרות וההוראות לפרק זה נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות חוזר מפקח על הביטוח 12-1-2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".**

2.2 מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו נקבע לראשונה כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול התרופתי.

2.3 הסכום המרבי, לרבות העלויות הכרוכות במתן הטיפול התרופתי, אותו תשלם החברה למבוטח מעל להשתתפות העצמית בגין תקופת ביטוח מתחדשת בת 36 חודשים כל אחת, יהיה 1,500,000 ש. על פי הצורך ישפה המבטח את המבוטח בגין עלות השירות ואו הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, לרבות הזרקה או מתן עירוי, בסכום של עד 530 ש לטיפול ועד 10,500 ש לכל תקופת הביטוח.

2.4 תגמולי הביטוח אותם תשלם החברה בגין מקרה ביטוח מותנים בהשתתפות עצמית של המבוטח בסך 150 ש לכל מנה חודשית של התרופה. עבור תרופות שעלותן החודשית היא מעל 5,000 ש, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

### 3. הגבלה לחבות המבטח:

בנוסף לסעיף 4 "סייגים כלליים לאחריות החברה" בפרק הוראות ותנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה ("חלק כללי"), המבטח לא יהיה אחראי לכל תשלום עבור תרופה ניסיונית, ו/או טיפול ניסיוני, ו/או תרופות לטיפול באין אונות ו/או חומרים אלטרנטיביים, ו/או תרופות לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

## פרק ג':

### הסעה הכרחית באמבולנס

1. הסעה באמבולנס - העברתו של החולה מבית חולים אחד למשנהו לצורך ביצוע ניתוח או לאחריו באמצעות אמבולנס ציבורי או פרטי.
2. מקרה הביטוח -
  - מצבו הרפואי של המבוטח הנוזקק להסעה מבית חולים אחד למשנהו ועל-פי הוראה רפואית בכתב אינו יכול להתנייד בתחבורה ציבורית או פרטית.
  - מצבו הרפואי של מבוטח הנוזקק להסעה מביה"ח לביתו ועל-פי הוראה רפואית בכתב אינו יכול להתנייד בתחבורה ציבורית או פרטית.
3. תגמולי הביטוח - החזר בגובה תעריף מד"א.

**תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

## פרק ד':

### חוות דעת שנייה ע"י רופא מומחה

1. **חוות דעת שנייה ע"י רופא מומחה מחו"ל** - התייעצות עם רופאים מומחים מחו"ל במרכזים הרפואיים מהשורה הראשונה.
2. **מקרה הביטוח** - מצבו הבריאותי של המבוטח, הנזקק עפ"י הפניה של רופא מומחה בישראל להתייעצות עם רופא מומחה מחו"ל לצורך קביעת סוג הטיפול המומלץ למצבו הרפואי.
3. **תגמולי הביטוח** - החזר בגובה 85% מההוצאה הישירה בפועל לצורך ביצוע התייעצות עד לסכום מרבי בסך 1,500 דולר.
4. החברה תהיה אחראית לתשלום עפ"י פרק זה בתנאי שאישרה למבוטח מראש את חוות הדעת השנייה מחו"ל.
5. תינתן חוות דעת רפואית נוספת בישראל או בחו"ל ע"י רופא מומחה, לחולה במחלה קשה ולאחר מיצוי הזכאות בשב"ן - החזר בגובה של 85% מההוצאה בפועל ועד ל- 2,500 ש"ח.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

## פרק ה':

### שירותים רפואיים נוספים

#### הגדרה מיוחדת לפרק זה:

מחלת סרטן - נוכחות גידול של תאים מאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.  
מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.  
מקרה הביטוח אינו כולל:

- א. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.
- ב. מלנומה ממאירה דרגה A1 (1 מ"מ) לפי סיווג ה-AJCC לשנת 2002.
- ג. מחלות עור מסוג:  
1 Basal Cell Carcinoma ו-Hyperkeratosis;  
2 מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
- ד. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS (בכפוף לסעיף 3.5 בסייגים הכלליים).
- ה. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל).
  1. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L.).
1. מבוטח אשר נקבע לגביו כי הוא חולה סרטן (עפ"י ההגדרה שלעיל) וקופת החולים/השב"ן בו הינו חבר דחו את בקשתו לביצוע הפרוצדורות האמורות. יוכל לבצע בדיקת MRI בכל מכון ו/או מוסד רפואי בישראל ללא כל מגבלה לעניין הגדרת מהות המוסד הרפואי. גבול אחריות המבטח לא יעלה על 4,000 ₪ לביצוע תהודה מגנטית אחת.
2. מבוטח אשר נקבע לגביו כי הוא חולה סרטן (עפ"י ההגדרה שלעיל). וקופת החולים/השב"ן בו הינו חבר דחו את בקשתו לביצוע הפרוצדורות האמורות. יוכל לבצע בדיקות אונקולוגיות ונגטיות בהתאם להמלצת הרופא המטפל בכל מוסד רפואי ללא כל מגבלה לעניין הגדרת מהות המוסד הרפואי לרבות אבחון בעניין רגישות לתרופות. גבול אחריות המבטח לא יעלה על 2,500 ₪ לבדיקה.
3. יינתן כיסוי לגרידות והפלות שלא במסגרת ביטוח בריאות ממלכתי, על פי שיקול דעת בלעדי של ועדת הבריאות הבין קיבוצית אם נקבע תור לביצוע הגרידה של למעלה מ 4 ימים לאחר שנקבע כי העובר נפטר. גבול אחריות המבטח לגרידה שמתבצעת בהסדר עם החברה- שיפוי מלא. גבול אחריות המבטח לגרידה שאינה מתבצעת בהסדר עם החברה לא יעלה על 4,000 ₪ למקרה ביטוח.
4. הכיסוי בפוליסה יכול לטפולים משפרי איכות חיים שאינם בסל הבריאות כגון טיפול בתא לחץ שלא בתוויה ו-MRI בישראל, לאחר מיצוי במסגרת קופ"ח או השב"ן בו חבר המבוטח.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

## פרק ו':

### פיצוי בגין פטירה כתוצאה ממחלה קשה

#### 1. מקרה הביטוח: פטירתו של המבוטח כתוצאה מאחת המחלות המפורטות להלן:

א. סרטן - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.  
מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.  
מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים.
2. מלנומה ממאירה דרגה A1 (1 מ"מ) לפי סיווג ה - AJCC לשנת 2002.
3. מחלות עור מסוג:  
א. Basal Cell Carcinoma - 1 Hyperkeratosis;  
ב. מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

4. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה - AIDS.
5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל - TNM Classification T2- No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל).
6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L).

ב. אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure) - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כלייה.

ג. אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure) - אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק מפושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;
2. נמק מפושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 7-1;
4. צהבת, מעמיקה;
5. אנצפלופטיה כבדית;
6. דמום בלתי נשלט;
7. אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטו-רנאלית.

ד. גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנוק נזירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים, המטומות וגידולי יותרת המוח וקרומי המוח.

- ה. דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיהן המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:
- לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
- הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס, ככפוף לסעיף 3.5 בפרק הוראות ותנאים כלליים לפוליסה.
- ו. התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome) - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.
- האבחנה חייבת להיתמך ע"י כל שלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:
1. כאבי חזה אופייניים.
  2. שינויים חדשים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.
  3. עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים.
- ז. למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה. טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) - דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נירולוגי הנמשך לפחות שישה חודשים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.
- ח. צפדת (טטנוס) (Tetanus) - מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
- ט. פרקינסון (Parkinson's Disease) - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
- י. שבץ מוחי (CVA) - כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה. כל זאת להוציא אי ספיקה ורטברו-בזילרית TIA - 1.

יא. תרדמת (COMA) - מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

2. במסגרת פרק זה יפוצה המבוטח אשר חלה באחת המחלות המפורטות להלן ונפטר כתוצאה מהמחלה, ע"פ התנאים שלהלן ובחלק היחסי המותאם לגילו בקרות מקרה הביטוח:

עד גיל 55 - 100% מסכום הפיצוי.

גיל 56-70 - 50% מסכום הפיצוי.

גיל 71-80 - 25% מסכום הפיצוי.

3. מבוטח אשר אובחן כחולה במחלת הסרטן ונפטר (כל מחלת סרטן שהיא) אשר לא ניצל את הפוליסה לצורך כלשהו ובסכום כלשהו, יפוצה, הוא ו/או יורשיו בסכום חד פעמי בסך 50,000 ש"ח.

4. מבוטח אשר אובחן כחולה במחלה קשה ונפטר (אי ספיקת כליות, אי ספיקת כבד קשה, ALS, גידול שפיר במוח הגורם לנזק נוירולוגי קבוע, דלקת קרום המוח, התקף לב, טרשת נפוצה, טטנוס, סרטן, פרקינסון, שבץ מוחי, תרדמת) יפוצה, הוא ו/או יורשיו בסכום חד פעמי בסך 25,000 ש"ח.

5. למען הסר ספק- הזכאות ניתנת לאחד משני הסעיפים (3 או 4 שלעיל בלבד), על פי העניין.

**תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.**


## **נספח פרמיות לתוכנית "מגן בריאות לקיבוץ":**

פרמיה חודשית בש"ח	גיל
חינם	גיל 0-18
7.5 ש"ח	גיל 19-25
15 ש"ח	גיל 26 ואילך

הפרמיות נכונות למדד שפורסם ב-15.01.2012 וידוע ב-01.02.2012

## הצהרות והתחייבות בעל הפוליסה

הריני הח"מ, בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת, כי לעניין היותי בעל הפוליסה בפוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לחברי התנועה הקיבוצית, הנני פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין ולא תהיה לי כל טובת הנאה מהיותי בעל הפוליסה.

  
התנועה הקיבוצית  
~~אגודה שיתופית מבוססת בע"מ~~  
התנועה הקיבוצית





#### **מוקד שירות ומידע**

מגדלי בסר 2, רח' בן גוריון 1

ת.ד. 888, בני ברק 51108

טל. 1700-507-710

פקס. 03-7348088

כתובתנו באינטרנט: [www.dikla.co.il](http://www.dikla.co.il)