

שינויים בהגדרות ובכיסויים הביטוחיים

נספח לפוליסות לכיסוי הוצאות רפואיות מסוג "בריאות מושלמת טופ" ו"כמו גדולים טופ"

3. שב"ן: תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל התשלומים והשירותים כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית, שהוקמה לשם כך.

פרק ב' - כיסויים ביטוחיים

1. הכיסויים הביטוחיים בפרק "ניתוח פרטי בארץ" בביטוח הבסיסי ישתנו, בכפוף לתנאי הביטוח הבסיסי ובהתאם לאמור להלן:

1.1. הכיסוי לתגמולי ביטוח מיוחדים יוחלף בכיסויים הבאים:

1.1.1. ניתוח במימון מלא של קופת החולים: המציא

המבוטח אישור בית החולים על ביצוע הניתוח ומהלכו, והמבטחת לא השתתפה כלל במימון הניתוח, תשלם המבטחת למבוטח לפי המפורט להלן:

1.1.1.1. בגין ניתוח אלקטיבי המופיע במחירון

משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים ולשירותי אשפוז, המפורסם באתר האינטרנט של משרד הבריאות (להלן: "המחירון"), תשלם המבטחת 50% מהסך הנקוב במחירון.

1.1.1.2. בגין ניתוח אלקטיבי שאינו מופיע במחירון,

תשלם המבטחת את הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח בגין יום אשפוז במכפלת מספר ימי האשפוז. בוצע הניתוח ללא אשפוז, תשלם המבטחת את הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח.

1.1.1.3. היה הניתוח ניתוח שאינו אלקטיבי, שבוצע

לאחר יום אשפוז אחד לפחות, זכאי המבוטח לקבל מהמבטחת פיצוי יומי לכל יום אשפוז, החל מהיום השני לקבלתו לבית-החולים, בגובה הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח, עד לתקרה של 14 ימי אשפוז.

1.1.2. ניתוח במימון חלקי של המבטחת: המציא

המבוטח לביה"ח טופס התחייבות מטעם קופת החולים בה הוא חבר, לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית החולים, והמבטח השתתף במימון הניתוח, תשלם המבטחת למבוטח לפי המפורט להלן:

1.1.2.1. בגין ניתוח אלקטיבי המופיע במחירון,

תשלם המבטחת 25% מהסך הנקוב במחירון.

1.1.2.2. בגין ניתוח אלקטיבי שאינו מופיע במחירון,

תשלם המבטחת את הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח במכפלת מספר ימי האשפוז. בוצע הניתוח ללא אשפוז, תשלם המבטחת את הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח.

1.1.2.3. היה הניתוח ניתוח שאינו אלקטיבי, שבוצע

לאחר יום אשפוז אחד לפחות, זכאי המבוטח לקבל מהמבטחת פיצוי יומי לכל יום אשפוז, החל מהיום השני לקבלתו לבית-החולים, בגובה הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח, עד לתקרה של 14 ימי אשפוז.

מבוא

1. נספח זה יהווה חלק בלתי נפרד מתנאי פוליסת הבריאות אליה צורף, על נספחיה (להלן ביחד: "הביטוח הבסיסי"), יהא כפוף לכל תנאי הביטוח הבסיסי, אלא אם צוין מפורשות אחרת.

הנספח יחול על כל מי שבוטח על פי תנאי הביטוח הבסיסי וביקש את הוספת נספח זה, בתנאי שצוין במפורש בדף פרטי הביטוח, וכל עוד הביטוח הבסיסי ונספח זה היו בתוקף מלא בקרות מקרה הביטוח.

2. מובהר בזאת כי ההגדרות והכיסויים הביטוחיים המופיעים בנספח זה יחולו על מקרי ביטוח שיארעו החל מתאריך תחילת הביטוח של נספח זה, ובמשך תקופת תוקפו של נספח זה. להסרת ספק יובהר, כי על מקרי ביטוח שיארעו בעת שנספח זה לא היה בתוקף מלא, לרבות מקרי ביטוח שיארעו טרם כניסת נספח זה לתוקף, יחולו ההגדרות והכיסויים הביטוחיים הקיימים בביטוח הבסיסי.

פרק א' - הגדרות

א. הגדרות "השתלה" ו"ניתוח" בביטוח הבסיסי יוחלפו בהגדרות הבאות:

1. השתלה: כריחה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב,

כליה, לבלב, כבד, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מהמבוטח או מתורם אחר לגוף המבוטח, לרבות תאי גזע או תאי אב, שהופקו מדם טבורי, תאי גזע או תאי אב מדם היקפי או תאי גזע או תאי אב המופקים מעצמות האגן האחוריות של המבוטח או כל תורם אחר.

השתלה תכלול גם השתלה מן האיברים המוזכרים לעיל, של איבר מלאכותי או של איבר מן החי (בעל חיים שאינו אדם), בשלב בו הפרוצדורות הפסיקו להיות מוגדרות כניסיוניות בישראל או באחת המדינות: ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או באחת המדינות החברות באיחוד האירופי.

2. ניתוח: פעולה פולשנית-חדיריתית (Invasive Procedure), החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח.

במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר או באמצעות M.R.T., לאבחון או לטיפול, הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור או אנגיוגרפיה, וכן ריסוק אבני כלייה או מרה באמצעות גלי קול.

למען הסר ספק ומבלי לגרוע מהאמור לא יכללו בהגדרת "ניתוח": בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקות עוברים, בדיקות ופעולות הדמיה (כגון: C.T., M.R.I.) ובדיקות סקר למיניהן.

ב. תנוספנה ההגדרות הבאות:

1. גיל המבוטח: גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר

לתאריך תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, ויחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ויותר יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.

2. קופת חולים: תאגיד כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, קופות

החולים שהוכרו ככאלה על ידי שר הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.

נספח 848

3.1.2. התייעצות שלא לפני ניתוח - המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

3.2. יתווסף כיסוי להתייעצות כאשר נתגלתה במבוטח מחלה קשה, כדלקמן:

3.2.1. מקרה הביטוח: מצבו הבריאותי של המבוטח אשר נתגלתה בו אחת המחלות הקשות הבאות, שבעטיה התייעץ המבוטח עם רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום.

3.2.1.1. סרטן (Cancer) – נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות לרבות מחלת הלויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

3.2.1.2. אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure) - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך – צפקית (פריטונאלית) או לצורך בהשתלת כליה.

3.2.1.3. שבץ מוחי (CVA) – כל אירוע מוחי (צברווסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים למעלה מ 24 שעות והכולל נמק של רקמת המוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ-מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה. שבץ מוחי לא יכול אי ספיקה ורטברו - בזילרית ו - TIA.

3.2.1.4. התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome) – נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או חסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

3.2.2. התחייבויות המבטחת

3.2.2.1. המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה ההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לעד שתי התייעצויות בגין כל מחלה קשה.

4. הכיסויים הביטוחיים בפרק "השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל" בביטוח הבסיסי ישתנו, בכפוף לתנאי הביטוח הבסיסי ובהתאם לאמור להלן:

השתלה

4.1. הגדרת מקרה ביטוח של השתלה תוחלף בהגדרות הבאות:

4.1.1. מקרה הביטוח בהשתלה: מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה, ובלבד שרופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש, קבע את הצורך בביצוע ההשתלה, ושההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה על ידי הרשויות המוסמכות באותה מדינה.

4.1.1.1. מקרה ביטוח של השתלת איבר מלאכותי:

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה, דומה במהותו למצב רפואי המחייב ביצוע השתלת איבר מתורם, איבר מן החי או השתלה עצמית, ובלבד שרופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש, קבע את הצורך בביצוע ההשתלה, ושההשתלה

2. הכיסויים הביטוחיים בפרק "ניתוח פרטי בחו"ל" בביטוח הבסיסי ישתנו, בכפוף לתנאי הביטוח הבסיסי ובהתאם לאמור להלן:

2.1. יתווספו הכיסויים הבאים:

2.1.1. כיסוי להמשך טיפול: נזקק המבוטח להתייעצות

בחו"ל לצורך ביקורת בגין ניתוח שאושר ובוצע במימון המבטחת עפ"י פוליסה זו, תשלם המבטחת למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת במהלך שנת ביטוח.

2.1.1.1. בנוסף, בכפוף לאישור זכאות על ידי המבטחת, תשפה המבטחת את המבוטח

בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה, ובאותו מועד, ועד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

2.1.2. כיסוי להוצאות הטסה: במקרה שתקופת האשפוז

לאחר הניתוח תעלה על 8 ימים, תישא המבטחת בתשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ושל מלווה אחד לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח וחזרתו ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה ובאותו מועד. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ – 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה.

2.1.3. הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל: מבוטח,

אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל לישראל. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

2.2. הכיסוי הוצאות שהיה יוחלף בכיסויים הבאים:

2.2.1. כיסוי להוצאות שהייה של מלווה: במקרה

שהמבוטח אושפז, תכסה המבטחת 50% מהוצאות שהייה של מלווה אחד, עד לסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ליום, לאדם, החל מהיום השמיני לאשפוז ועד ליום ה- 40 לאשפוז (סה"כ עד תקרה של 33 ימים). היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ – 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.

2.2.2. כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח:

המבטחת תכסה את הוצאות שהייה של המבוטח בחו"ל בכפוף לאישורה מראש ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל. הכיסוי יהיה עד לסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לשהיית מלווה בהתאם לס"ק 2.2.1 לעיל ועד לתקרה של 5 ימי שהייה בחו"ל מיום ששוחרר המבוטח מבית החולים.

3. הכיסויים הביטוחיים בפרק "התייעצויות עם רופאים מומחים" בביטוח הבסיסי ישתנו, בכפוף לתנאי הביטוח הבסיסי ובהתאם לאמור להלן:

3.1. סכומי הביטוח המירביים בגין התייעצויות בארץ ישתנו כדלקמן:

3.1.1. התייעצות לפני ניתוח - המבטחת תשלם למבוטח

תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מהסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

נספח 848

- 4.2.1.4.4 תשלום לצוות הרפואי עבור השירותים הרפואיים שניתנו למבוטח תוך כדי בצוע ההשתלה.
- 4.2.1.4.5 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 4.2.1.4.6 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד גובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.
- 4.2.1.4.7 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ליום, ולא יותר מאשר 10% מסכום הביטוח להשתלה בסך הכל, ובלבד שההשתלה בוצעה בפועל. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 4.2.1.4.8 תשלום עבור טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה.
- 4.2.1.4.9 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.
- 4.2.1.4.10 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע ההשתלה בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע ההשתלה בחו"ל, עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.
- 4.2.1.4.11 הוצאות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או תאי דם טבורי עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח עבור כל הבדיקות המנויות בסעיף זה.
- 4.2.1.5 במסגרת אפשרות שיפוי בגין הוצאות השתלה, בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי פרק זה, תשלם המבטחת למבוטח בחייו גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן, ובלבד שסך כל התשלומים שתשלם המבטחת על פי סעיפים 4.2.1.1 - 4.2.1.5, לא יעלה במצטבר על סכום הביטוח המרבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח בגין השתלה:
- 4.2.1.5.1 גמלה חודשית בגובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח למשך תקופה של עד 24 חודשים.
- 4.2.1.5.2 אם המבוטח הינו מתחת לגיל 18 תהא הגמלה בשיעור 50%

- תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה על ידי הרשויות המוסמכות באותה מדינה.
- 4.2 סעיף "תגמולי הביטוח" בביטוח הבסיסי יוחלף בסעיפים הבאים:
- 4.2.1 התחייבויות המבטחת
- 4.2.1.1 במידה וההשתלה בוצעה על ידי נותן שירות שבהסכם, תשלם המבטחת את השיפוי ישירות לנותן השירות שבהסכם. המבטחת זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, כולם או מקצתם, מקופת החולים בה חבר המבוטח, בהתאם לחבויות קופת החולים לפי חוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו, ובכפוף לאמור בסעיף "תביעות ותגמולי ביטוח" במבוא לביטוח הבסיסי.
- 4.2.1.2 סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין השתלת איבר מלאכותי או בגין השתלת איבר מן החי לא יעלה על סכום הביטוח המרבי המפורט בנספח תגמולי הביטוח. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין כל השתלה אחרת אינו מוגבל, ובלבד שנעשתה אצל נותן שירות שבהסכם כאמור לעיל.
- 4.2.1.3 במידה וההשתלה בוצעה על ידי נותן שירות שלא בהסכם, תשפה המבטחת את המבוטח, בגין הוצאות הממשיות שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים שניתנו לו לצורך ההשתלה, המבטחת זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, כולם או מקצתם, מקופת החולים בה חבר המבוטח, בהתאם לחבויות קופת החולים לפי חוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו ובכפוף לאמור בסעיף "תביעות ותגמולי ביטוח" במבוא לביטוח הבסיסי. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין השתלת איבר מלאכותי או בגין השתלת איבר מן החי או בגין כל השתלה אחרת המפורט בנספח תגמולי הביטוח.
- 4.2.1.4 מובהר כי השתלה חוזרת אשר תידרש בעקבות ביצוע השתלה, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני. להסרת ספק, במקרה בו יושטלו/ו מח עצמות ו/או תאי גזע ו/או תאי אב מתורם אחר לגוף המבוטח, בעקבות אי הצלחת השתלת מח עצמות ו/או תאי גזע ו/או תאי אב מגופו של המבוטח, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- 4.2.1.4.1 להסרת ספק, במקרה בו יושטל איבר מלאכותי או איבר מן החי כפרוצדורה הקודמת להשתלת איבר מגופו של המבוטח ו/או מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- 4.2.1.4.2 המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור השתלה כמפורט דלקמן (להלן: אפשרות שיפוי בגין הוצאות השתלה) ותישא ב:
- 4.2.1.4.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח.
- 4.2.1.4.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל.
- 4.2.1.4.3 תשלום עבור ביצוע ניתוח לצורך הוצאת האיבר המיועד להשתלה בגוף המבוטח, שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

נספח 848

בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו ובכפוף לאמור בסעיף "תביעות ותגמולי ביטוח" במבוא לביטוח הבסיסי. במקרה זה תשפה המבטחת את המבוטח לפי הוצאותיו והיא זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, מקופת החולים הרלוונטית.

סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין הטיפול המיוחד לא יעלה על סכום הביטוח המרבי המפורט בנספח תגמולי הביטוח.

4.4.2 מובהר כי טיפול מיוחד חוזר אשר ידרש בעקבות ביצוע טיפול מיוחד, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

4.4.3 המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הטיפול המיוחד כמפורט דלקמן ותישא ב:

4.4.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח.

4.4.3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל.

4.4.3.3 תשלום לצוות הרפואי עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע הטיפול המיוחד.

4.4.3.4 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך הטיפול המיוחד, בטיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.

4.4.3.5 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד גובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

4.4.3.6 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ליום, ולא יותר מאשר 10% מסכום הביטוח לטיפול המיוחד בסך הכל, ובלבד שהטיפול המיוחד בוצע בפועל. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, בהתאם לאמור בסעיף זה.

4.4.3.7 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול המיוחד.

4.4.3.8 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל - עד לתקרת סכום הביטוח הנקוב בנספח תגמולי הביטוח.

4.5 יתווסף הכיסוי הבא:

4.5.1 פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד: נפטר המבוטח כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד המכוסה על פי פרק זה, במהלך ההשתלה או הטיפול המיוחד או תוך 7 ימים (יום ההשתלה או הטיפול המיוחד ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי פוליסה זו, ובהיעדר קביעת מוטבים - ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל, פיצוי נוסף בגובה הסכום הנקוב בנספח תגמולי

4.2.1.5.1 מהסכום הקבוע בסעיף לעיל.

4.2.1.6 אם בחר המבוטח, במקום אפשרות השיפוי בגין הוצאות ההשתלה, כמפורט בסעיפים 4.2.1.1 - 4.2.1.5 לעיל, על סעיפיהם הקטנים, באפשרות פיצוי חד פעמי בגין השתלה, תשלם לו המבטחת את סכום הפיצוי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח, לאחר ביצוע ההשתלה בחו"ל, ובלבד שההשתלה שבוצעה אינה השתלת מח עצמות שנלקח מגופו של המבוטח עצמו. למען הסר ספק, אם היה מקרה הביטוח השתלה, יוכל המבוטח לבחור ולהודיע על בחירתו בכתב למבטחת, אך ורק באחת משתי האפשרויות דלעיל: אפשרות שיפוי בגין הוצאות השתלה, כמפורט בסעיפים 4.2.1.1 - 4.2.1.5 או אפשרות פיצוי חד פעמי בגין השתלה כמפורט בסעיף 4.2.1.6 לעיל.

טיפול מיוחד

4.3 הגדרת "טיפול מיוחד" בביטוח הבסיסי תוחלף בהגדרה הבאה:

4.3.1 טיפול מיוחד:

4.3.1.1 ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל

שמתיקיימים בו לפחות שניים מהתנאים הבאים:

4.3.1.1.1 הטיפול חיוני להצלת חיים ומניעתו מהווה סכנה ממשית לחי המבוטח.

4.3.1.1.2 זמן המתנה ארוך מהסביר עלול לגרום להחמרה משמעותית, המסכנת את חי המבוטח.

4.3.1.1.3 סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית מטיפולים שיעשו בישראל.

4.3.1.2 או לחילופין, ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל המחויב מבחינה רפואית להצלת חיים או להצלת איבר או להצלת השמיעה או הראייה, והוא אינו בר ביצוע בישראל ואין לו טיפול חלופי בישראל הנותן תוצאות דומות.

4.3.1.2.1 טיפול חלופי: טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של המבוטח, הניתן לביצוע בישראל, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטופל.

4.3.1.2.2 תוצאות גופניות חמורות יותר לפרק זה תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול הרפואי, לרבות תופעות לוואי הפוגעות באיכות או בשגרת חייו של המבוטח.

4.3.1.3 בנוסף לאמור לעיל, האמור בסעיפים 4.3.1.1 או 4.3.1.2 אושר ע"י רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש ועל ידי רופא המבטחת.

4.4 סעיף "תגמולי הביטוח" בביטוח הבסיסי יוחלף בסעיפים הבאים:

4.4.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות הממשיות שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים שניתנו לו לצורך הטיפול המיוחד, להוציא כל החבויות אותן זכאי המבוטח לקבל מקופת החולים בה הוא מבוטח בהתאם לחוק ביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב, על פי הוראת רופא על גבי מרשם, טיפול תרופתי באמצעות תרופה אשר כלולה בסל שירותי הבריאות, שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית, הקבועה בסל שירותי הבריאות, כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית, לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, על ידי הרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות.

מצבו הבריאותי של מבוטח המחייב, על פי הוראת רופא על גבי מרשם, טיפול תרופתי באמצעות תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית, שאושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהטיפול התרופתי מיועד לשימוש אונקולוגי והמטו-אונקולוגי, ושהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

5.3.3.1 פרסומי ה-FDA

5.3.3.2 American Hospital Formulary Service Drug Information

5.3.3.3 US Pharmacopoeia - Drug Information

5.3.3.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד

שהתרופה עונה על שלושת התנאים

הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת

ההמלצות):

5.3.3.4.1 Strength of (עוצמת ההמלצה) Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa.

5.3.3.4.2 Strength of (חוזק הראיות) Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B.

5.3.3.4.3 יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa.

5.3.3.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines, שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:

5.3.3.5.1 NCCN

5.3.3.5.2 ASCO

5.3.3.5.3 NICE

5.3.3.5.4 Esmo Minimal Recommendation

5.3.3.6 נטל ההוכחה כי התרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי, ע"י אחד מהפרסומים ו/או המאגרים המפורטים

בסעיפים 5.3.3.1-5.3.3.5 לעיל, מוטל על המבוטח.

5.3.4 האמור בסעיפים 5.3.1-5.3.3 כפוף לתנאים המצטברים הבאים:

5.3.4.1 לתרופה כאמור בסעיפים 5.3.1-5.3.3 אין תרופה חלופית, הכלולה בסל שירותי הבריאות, כמוגדר בפרק זה.

5.3.4.1.1 תרופה חלופית לצורך פרק זה היא תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, שנועדה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר מביאה, על פי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאה רפואית דומה לזו המושגת על ידי התרופה נשואת מקרה הביטוח, ובלבד שהטיפול התרופתי בתרופה חלופית זו אינו כרוך בתוצאות חמורות יותר למבוטח ביחס לתרופה כאמור בסעיפים 5.3.1-5.3.3.

5.3.4.1.2 תוצאות חמורות יותר לצורך פרק זה הינן תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול התרופתי, לרבות פגיעה באיכות או בשגרת חייו של המבוטח, למעט שינוי

5.3.2

5.3.3

5.3.3.1

5.3.3.2

5.3.3.3

5.3.3.4

5.3.3.4.1

5.3.3.4.2

5.3.3.4.3

5.3.3.5

5.3.3.5.1

5.3.3.5.2

5.3.3.5.3

5.3.3.5.4

5.3.3.6

5.3.4

5.3.4.1

5.3.4.1.1

5.3.4.1.2

הביטוח, ובלבד שההשתלה או הטיפול המיוחד בוצעו בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבוטחים, שבעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מלאו להם 21 שנה.

5. הכיסויים הביטוחיים בפרק "תרופות מיוחדות" בביטוח הבסיסי ישתנו, בכפוף לתנאי הביטוח הבסיסי ובהתאם לאמור להלן:

5.1 הגדרות "השתתפות עצמית", "טיפול תרופתי", "מרשם", "סכום השיפוי המרבי" ו"תרופה" בביטוח הבסיסי תחולפנה בהגדרות הבאות, וכן הסכומים הנקובים בנספח תגמולי הביטוח כ"סכום השיפוי המרבי" וכ"השתתפות עצמית" ישתנו כאמור להלן:

5.1.1 השתתפות עצמית: סכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח, שתנכה המבטחת מסכום ההוצאה למרשם שניתן לכל מבוטח. ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה המכסים תקופת טיפול של חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת. ניתן מרשם לאותה תרופה לתקופת טיפול של מעל חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית פעם אחת בגין כל חודש.

5.1.1.1 במידה וניתנו מרשמים לתרופות נוספות לטיפול באותו מצב בריאותי של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח – לא תנוכה ההשתתפות עצמית נוספת.

5.1.2 טיפול תרופתי: נטילת תרופה על פי מרשם, בצורה חד פעמית או מתמשכת.

5.1.3 מרשם: מסמך רפואי חתום על ידי רופא בית חולים או רופא מומחה, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה בתחילת הטיפול התרופתי, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. על אף האמור, יתקבל גם מסמך רפואי כאמור חתום בידי רופא שאינו מומחה בתחום הרלוונטי, ובלבד שאחת לשלושה חודשים במהלך הטיפול יינתן מסמך רפואי חתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה.

5.1.4 סכום השיפוי המרבי: סכום השווה לסך הנקוב בנספח תגמולי הביטוח והמהווה את גובה תגמולי הביטוח המרביים למקרה ביטוח ראשון ולמקרי ביטוח חודשים, שתשלם המבטחת לכל מבוטח על פי פרק זה בגין תרופה או תרופות, בכל תקופת הביטוח, בכפוף לסעיף 5.3 להלן.

5.1.5 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.

5.2 תתווספה ההגדרות הבאות:

5.2.1 מקרי ביטוח חדשים: מקרה/י ביטוח, שאירעו/ עקב תאונה ו/או מחלה, אשר אינו/ם נובע/ים ו/או קשור/ים למחלה הראשונה או לתאונה הראשונה, בגינה קיבל המבוטח תגמולי ביטוח לפי פרק זה.

5.2.2 מקרה ביטוח ראשון: מקרה ביטוח, אשר נובע ו/או קשור למחלה הראשונה או לתאונה הראשונה, בגינה קיבל המבוטח תגמולי ביטוח לפי פרק זה.

5.3 הגדרת "מקרה הביטוח" בביטוח הבסיסי תוחלף בהגדרה הבאה:

5.3.1 מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב, על פי הוראת רופא על גבי מרשם, טיפול תרופתי באמצעות תרופה, אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית, לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, על ידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן: "המדינות המוכרות"): ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

הנוגע לתדירות נטילת התרופה דרך הפה.

5.3.4.1.3 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 שתרופה כאמור בסעיפים 5.3.1-5.3.3 הייתה צפויה להביא, תכסה המבטחת את התרופה כאמור בסעיפים 5.3.1-5.3.3.

5.4 סעיף "הכיסוי הביטוחי" בביטוח הבסיסי יוחלף בסעיף הבא:

5.4.1 התחייבויות המבטחת

המבטחת תשלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה, בכפוף לתנאים המפורטים להלן:

5.4.1.1 המבוטח יפנה לאישור המבטחת קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.

למען הסר ספק, מובהר כי אישור המבטחת מראש לרכישת התרופה הינו תנאי מהותי.

5.4.1.2 חבות המבטחת על פי פרק זה תהיה אך ורק להוצאות שהוצאו בפועל, לאחר ניכוי סכום ההשתתפות העצמית למרשם ולא יותר מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה.

5.4.1.3 בנוסף, תשפה המבטחת את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח, בשיעור שלא יעלה על הסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ליום ולתקופה שלא תעלה על 30 יום בגין כל מקרה ביטוח.

5.4.1.4 תגמולי הביטוח שתשלם המבטחת למבוטח בגין מקרה ביטוח ראשון לא יעלו על סכום השיפוי המרבי כמפורט בנספח תגמולי הביטוח.

5.4.1.5 תגמולי הביטוח שתשלם המבטחת למבוטח בגין מקרי ביטוח חדשים לא יעלו על סכום השיפוי המרבי כמפורט בנספח תגמולי הביטוח.

5.4.1.6 יובהר כי קבלת תגמולי ביטוח בגין מקרי ביטוח חדשים אינה מותנית במיצי סכום השיפוי המרבי בגין מקרה ביטוח ראשון.

5.4.1.7 לאחר מיצי סכום השיפוי המרבי, הן בהתייחס למקרה ביטוח ראשון והן בהתייחס למקרי ביטוח חדשים, יבוטל פרק זה ויהיה חסר תוקף.

5.4.1.8 היה המבוטח זכאי לכיסוי במסגרת פרק זה, אך קופת החולים ו/או השב"ן בהם הוא חבר מימנו את העלויות באופן מלא או חלקי, והמבטחת לא השתתפה במימון התרופה כאמור בסעיפים 5.4.1.1 - 5.4.1.7.

5.4.1.8.1 המבוטח יהיה זכאי להחזר סכום ההשתתפות ששילם לקופת החולים ו/או לשב"ן בהם הוא חבר עבור התרופה.

5.4.1.8.2 בנוסף לאמור בס"ק 5.4.1.8.1 לעיל יקבל המבוטח פיצוי חודשי בשיעור 10% מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה, ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח תגמולי הביטוח לחודש.

6. פרק "פיצויים חודשיים בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B" בביטוח הבסיסי יוחלף בכיסוי הבא, בכפוף לתנאי הביטוח הבסיסי ובהתאם לאמור להלן:

6.1 מקרה הביטוח: הידבקות המבוטח בנגיף הפטיטיס B או הפטיטיס C, בשל עירוי דם ומוצריו שניתנו לו במהלך ניתוח המכוסה בפוליסה זו, שבוצע בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה.

6.2 התחייבויות המבטחת

6.2.1 מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B או C:

חלה המבוטח בהפטיטיס B או C כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח שבוצע בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, יחא המבוטח זכאי למענק חד-פעמי מהמבטחת בגובה הסכום המפורט בנספח תגמולי הביטוח.

פרק ג' - חריגים

1. החריגים המופיעים בביטוח הבסיסי יוחלפו בחריגים הבאים, בכפוף לתנאי הביטוח הבסיסי ובהתאם לאמור להלן:

1.1 בכפוף לסעיף 1.2 להלן, חריג "תאונת דרכים" בביטוח הבסיסי לא יחול, אם בעת קרות תאונת הדרכים נהג המבוטח באופנוע או במונית, ומקרה הביטוח הינו כמפורט בפרקים א'-ח' בביטוח הבסיסי.

1.2 על אף האמור בסעיף 1.1 לעיל, לא יינתן פיצוי במקרה של ניתוח שאינו אלקטיבי ו/או מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד, כפי שהוספו בנספח זה לעיל, אם מקרה הביטוח נגרם מתאונת דרכים, כמשמעה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975.

1.3 חריג "פעולות ניתוחיות הקשורות בהריון; פעולות ניתוחיות הקשורות בהפסקת הריון, למעט הפסקת הריון שנדרשה עקב סכנת חיים לאם או עקב גילוי מום בעובר; לידה למעט לידה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש, טיפולים בעובר" יבוטל, ובמקומו יחול החריג הבא:

1.3.1 כל הפרוצדורות הרפואיות הקשורות בהריון ו/או לידה, פריון או עקרות וטיפולים בעובר, למעט במקרים המפורטים להלן, בגינם תידרש תקופת אכשרה של 270 יום:

1.3.1.1 הפסקת הריון שנדרשה עקב סכנת חיים לאם או עקב גילוי מום בעובר.

1.3.1.2 לידה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש עקב צורך רפואי.

1.3.1.3 ניתוחים גניקולוגיים מתקנים בעקבות לידה בשל סיבה רפואית שאינה נפשית, קוסמטית או לצורכי פריון.

1.3.1.4 התייעצויות הקשורות להריון.

1.3.1.5 אשפוז עקב הריון.

2. יתווסף החריג הבא, בכפוף לתנאי הביטוח הבסיסי ובהתאם לאמור להלן:

2.1 חריג לסעיף 4.5.1 בפרק ב' בנספח זה: מקרה הביטוח נגרם כתוצאה מפעולת טרור או פעולת איבה או פיגוע חבלני.

פרק ד' - תנאים כלליים. סייגים וחריגים לכל פרקי נספח זה

1. תקופת אכשרה
תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך תחילת תקופת הביטוח של נספח זה ומסתיימת בתום 90 יום. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופת ביטוח רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח על-פי נספח זה מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני

נספח 848

3.2.2.5. אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קודם.

3.3. השבת דמי הביטוח (בכפוף לאמור בסעיף 3.1 לעיל) פטורה המבטחת מחבותה בשל מצב רפואי קודם, כאמור בסעיף 3.2 לעיל, ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטחת סבירה לא הייתה מתקשרת באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידעה במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, תחזיר המבטחת למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח. על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.

4. **ביטול הנספח**
תוקף נספח זה יפוג, והנספח לא יהיה בר תוקף מיום הביטול, בקרות אחד המקרים הבאים, המוקדם מביניהם:
4.1. תום תקופת הביטוח של נספח זה.
4.2. כאשר הביטוח הבסיסי בוטל או שתשלום הפרמיות בגינו הופסק.

5. כל התנאים הכלליים, הסייגים והחריגים החלים על הביטוח הבסיסי יחולו גם על נספח זה, אלא אם צוין אחרת.

תחילת תקופת הביטוח.

2. שינוי פרמיה ותנאים

2.1. דמי הביטוח המשולמים בגין נספח זה ייקבעו אחת לשנה בהתאם לגילו של המבוטח בהתייחס לפרמיה הנגבית מקבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח.

2.2. באישור מראש של המפקח על הביטוח, אך לא לפני 1.6.2011, תהיה המבטחת זכאית לשנות את דמי הביטוח והתנאים לכלל המבוטחים בביטוח זה. אם ייערך שינוי כנ"ל, יחושבו דמי הביטוח החדשים לפי התעריף החדש, הישים לכלל המבוטחים ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותם מיום קבלתם לביטוח.

2.3. נעשה שינוי כאמור לעיל ואושר על ידי המפקח על הביטוח, תודיע המבטחת למבוטח בכתב, 60 יום מראש, על כל שינוי שאושר, תוך מתן גילוי מלא לגבי השינויים בתעריף או בהיקף הכיסוי הביטוחי.

3. סייג בשל מצב רפואי קודם

3.1. תחולה
בסעיפים קטנים 3.2 ו- 3.3 להלן מפורטים תנאים החלים לגבי מצב רפואי קודם.
תנאים אלה יחולו אך ורק לגבי תוספת השינויים בהגדרות ובכיסויים הביטוחיים בנספח זה ביחס להגדרות ולכיסויים הביטוחיים אשר בביטוח הבסיסי.

3.2. סייג בשל מצב רפואי קודם (בכפוף לאמור בסעיף 3.1 לעיל)

3.2.1. הגדרה:

מצב רפואי קודם: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה.
לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

3.2.2. המבטחת לא תהיה אחראית לתשלום תגמולי ביטוח על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה בגין מקרה ביטוח הנובע כולו או מקצתו, במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרפואי הרגיל של מצב רפואי קודם, שאירע למבוטח בתקופת הביטוח, בכפוף להוראות הבאות:

3.2.2.1. היה גיל המבוטח פחות מ- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח, תהיה המבטחת פטורה מחבותה, או שהיקף חבותה יופחת, כאמור, לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתאריך תחילת הביטוח של נספח זה.

3.2.2.2. היה גיל המבוטח מעל ל- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח, תהיה המבטחת פטורה מחבותה, או שהיקף חבותה יופחת, כאמור, לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתאריך תחילת הביטוח של נספח זה.

3.2.2.3. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח על מצב בריאותו ונתן פרטים מלאים על מצב רפואי קודם, תהיה המבטחת רשאית לסייג את היקף חבותה. סייג זה יפורט בדף פרטי הביטוח ויהיה תקף לתקופה שפורטה בו לצד אותו מצב רפואי קודם.

3.2.2.4. הודיע המבוטח על מצב רפואי קודם, והמבטחת לא סייגה במפורש את המצב הרפואי הקודם בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח ללא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין מצב רפואי קודם.

נספח תגמולי הביטוח

הסכומים הנקובים בש"ח הינם צמודי מדד ונכונים למדד הידוע ביום 1.12.06, העומד על 10245 נקודות.

| תגמולי הביטוח | סעיף הזכאות בנספח זה |
|--|----------------------|
| פרק ב' - כיסויים ביטוחיים | |
| 800 ש"ח | סעיף 1.1.1.2 |
| 800 ש"ח ליום | סעיף 1.1.1.3 |
| 400 ש"ח | סעיף 1.1.2.2 |
| 400 ש"ח ליום | סעיף 1.1.2.3 |
| 3,200 ש"ח | סעיף 2.1.1 |
| 3,200 ש"ח | סעיף 2.1.1.1 |
| 20,000 ש"ח | סעיף 2.1.3 |
| 500 ש"ח ליום | סעיף 2.2.1 |
| 650 ש"ח | סעיף 3.1.1 |
| 500 ש"ח | סעיף 3.1.2 |
| 1,000 ש"ח | סעיף 3.2.2.1 |
| השתלת איבר מלאכותי – 2,000,000 ש"ח השתלת איבר מן החי – 2,000,000 ש"ח | סעיף 4.2.1.1 |
| השתלת איבר מלאכותי – 2,000,000 ש"ח השתלת איבר מן החי – 2,000,000 ש"ח כל השתלה אחרת – 4,000,000 ש"ח | סעיף 4.2.1.2 |
| 40,000 ש"ח | סעיף 4.2.1.4.6 |
| 250 ש"ח לאדם ליום | סעיף 4.2.1.4.7 |
| 40,000 ש"ח | סעיף 4.2.1.4.10 |
| 150,000 ש"ח | סעיף 4.2.1.4.11 |
| 6,500 ש"ח | סעיף 4.2.1.5.1 |
| 250,000 ש"ח | סעיף 4.2.1.6 |
| 500,000 ש"ח | סעיף 4.4.1 |
| 40,000 ש"ח | סעיף 4.4.3.5 |
| 250 ש"ח לאדם ליום | סעיף 4.4.3.6 |
| 40,000 ש"ח | סעיף 4.4.3.8 |
| 85,000 ש"ח | סעיף 4.5.1 |
| 400 ש"ח | סעיף 5.1.1 |
| מקרה ביטוח ראשון - 1,500,000 ש"ח מקרי ביטוח חדשים - 1,000,000 ש"ח | סעיף 5.1.4 |
| 200 ש"ח | סעיף 5.4.1.3 |
| מקרה ביטוח ראשון - 1,500,000 ש"ח | סעיף 5.4.1.4 |
| מקרי ביטוח חדשים - 1,000,000 ש"ח | סעיף 5.4.1.5 |
| 1,500 ש"ח | סעיף 5.4.1.8.2 |
| 60,000 ש"ח | סעיף 6.2.1 |

שינויים בהגדרות ובכיסויים הביטוחיים

נספח לפוליסות לכיסוי הוצאות רפואיות מסוג "בריאות מושלמת טופ" ו"כמו גדולים טופ"

כל הסכומים המצוינים להלן צמודים למדד המחירים לצרכן המתפרסם מידי חודש ונכונים למדד הידוע ביום 1.12.06, העומד על 10245 נקודות.

נעשה שינוי כאמור לעיל ואושר על ידי המפקח על הביטוח, תודיע "מנורה מבטחים" למבוטח בכתב, 60 יום מראש, על כל שינוי שאושר, תוך מתן גילוי מלא לגבי השינויים בתעריף או בהיקף הכיסוי הביטוחי. **חשוב לציין, כי עד עתה, לא נערכו שינויים בכיסויים ובתעריפים ולא הוגשו בקשות לשינויים למשרדי המפקח על הביטוח.**

גובה הפרמיה החדשית בש"ח

כמפורט בדף הרשימה.

הערות:

- ילדים יוכלו להצטרף לפוליסה המשפחתית עד גיל 20. בהצטרפות לאחר גיל 20, תופק עבורם פוליסה אישית.

- ילד רביעי ואילך עד גיל 20 במשפחה - חינם.

- גיל כניסה מקסימלי - 69 שנה.

מבנה הפרמיה

פרמיה משתנה: הפרמיה תיקבע אחת לשנה בהתאם לגילוי של המבוטח בהתייחס לפרמיה הנגבית מקבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח. החל מגיל 50 הפרמיה תוותר קבועה.

תנאי ביטול

תנאי ביטול הפוליסה על-ידי המבוטח

בהתאם לתנאי הביטוח הבסיסי.

תנאי ביטול הפוליסה על-ידי "מנורה"

בהתאם לתנאי הביטוח הבסיסי.

חריגים

סייג בשל מצב רפואי קודם

לגבי תוספת השינויים בהגדרות ובכיסויים הביטוחיים בנספח זה ביחס להגדרות ולכיסויים הביטוחיים אשר בביטוח הבסיסי: כמפורט בסעיף 3 בפרק ג' בנספח זה.

פירוט הכיסויים המוחרגים בגין מצב רפואי קיים: כמצוין בדף הרשימה.

סייגים לחבות "מנורה מבטחים"

בהתאם לתנאי הביטוח הבסיסי.

הכיסויים בפוליסה

נערכו שינויים בכיסויים הביטוחיים הבאים: ניתוח פרטי בארץ, ניתוח פרטי בחו"ל, התייעצויות עם רופאים מומחים, השתלות בארץ ובחו"ל* וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מיוחדות, פיצויים חודשיים בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B.

*בטרם מתן שיפוי או פיצוי בעד ביצוע השתלה, תבחן מנורה מבטחים אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

- נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.

- מתקיימות הוראות החוק הנ"ל לעניין איסור סחר באיברים.

משך תקופת הביטוח

כל החיים, אך לא יאוחר ממועד תום הביטוח הבסיסי אליו צורף נספח זה.

תנאים לחידוש אוטומטי

בהתאם לתנאי הביטוח הבסיסי.

תקופת אכשרה

90 ימים.

תקופת המתנה

אין.

השתתפות עצמית

המבוטח נדרש בתשלום השתתפות עצמית בפרק –"ניתוח פרטי בחו"ל", בפרק "התייעצויות עם רופאים מומחים" ובפרק "תרופות מיוחדות".

לפירוט ההשתתפות העצמית, אנא ראה את פירוט הכיסויים.

שינוי הפרמיה ותנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח

באישור מראש של המפקח על הביטוח, אך לא לפני 1.6.2011, תהיה "מנורה מבטחים" זכאית לשנות את דמי הביטוח והתנאים לכלל המבוטחים בביטוח זה. אם ייערך שינוי כנ"ל, יחושבו דמי הביטוח החדשים לפי התעריף החדש, הישים לכלל המבוטחים ללא התחשבות בשינוי שחל במצב בריאותם מיום קבלתם לביטוח.

פירוט הכיסויים:

| תיאור הכיסוי | השתתפות עצמית | שיפוי או פיצוי | צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים" והגוף המאשר | ממשק עם סל הבסיסי/שב"ן | קיצוז תגמולים מביטוח אחר |
|---|---------------|----------------|--|------------------------|--------------------------|
| <p>ניתוח במימון מלא של קופת החולים: בגין ניתוח אלקטיבי המופיע במחירון משרד הבריאות - 50% מהסך הנקוב במחירון. בגין ניתוח אלקטיבי שאינו מופיע במחירון – 800 ש"ח לכל יום אשפוז. בוצע הניתוח ללא אשפוז – 800 ש"ח. בגין ניתוח שאינו אלקטיבי, שבוצע לאחר יום אשפוז אחד לפחות – 800 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום השני לקבלת המבוטח לבית-החולים, עד לתקרה של 14 ימי אשפוז.</p> | - | פיצוי | - | מוסף | אין קיצוז |
| <p>ניתוח במימון חלקי של המבטחת: בגין ניתוח אלקטיבי המופיע במחירון משרד הבריאות - 25% מהסך הנקוב במחירון. בגין ניתוח אלקטיבי שאינו מופיע במחירון – 400 ש"ח לכל יום אשפוז. בוצע הניתוח ללא אשפוז – 400 ש"ח. בגין ניתוח שאינו אלקטיבי, שבוצע לאחר יום אשפוז אחד לפחות – 400 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום השני לקבלת המבוטח לבית-החולים, עד לתקרה של 14 ימי אשפוז.</p> | - | פיצוי | - | מוסף | אין קיצוז |

נספח 848

| תיאור הכיסוי | השתתפות עצמית | שיפוי או פיצוי | צורך באישור מראש של "מנרה מבטחים" והגוף המאשר | ממשק עם סל הבסיס/שב"ן | קיצוז תגמולים מביטוח אחר | |
|---|---|--|---|---|--------------------------|-------------------------------|
| ניתוח פרטי בחו"ל | כיסוי להתייעצות בחו"ל לצורך ביקורת עד גובה 3,200 ש"ח, אחת לשנת ביטוח ולהוצאות טיסה עד גובה 3,200 ש"ח, הוצאות הטסה במקרה שתקופת האשפוז עולה על 8 ימים, למבטוח ולמלווה אחד (אם המבטוח קטין – למבטוח ולשני מלווים), הוצאות הטסה רפואית עד 40,000 ש"ח, הוצאות שהיית מלווה החל מהיום השמיני לאשפוז ועד ליום ה-40 לאשפוז - 500 ש"ח ליום (אם המבטוח קטין) – למבטוח ולשני מלווים), הוצאות שהייה של המבטוח לאחר ניתוח לפי צורך רפואי עד 5 ימי שהייה בחו"ל מיום השחרור מביה"ח – 500 ש"ח ליום, הבאת מומחה מחו"ל עד 20,000 ש"ח. | התייעצות בחו"ל לצורך ביקורת – 20% הוצאות שהיית מלווה - 50% | שיפוי | השיפוי המלא מותנה באישור מראש של "מנרה מבטחים". | מוסף | יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה |
| התייעצויות עם רופאים מומחים | התייעצויות בארץ: לפני ניתוח - עד 650 ש"ח להתייעצות, עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח. לא לפני ניתוח – עד 500 ש"ח להתייעצות, עד 2 התייעצויות בשנת ביטוח. במקרה גילוי מחלה קשה - עד 1,000 ש"ח להתייעצות, עד 2 התייעצויות בגין כל מחלה. | התייעצות לפני ניתוח – 20% התייעצות שלא לפני ניתוח – 25% | שיפוי | - | תחליפי | יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה |
| השתלות בארץ ובחו"ל | שיפוי מלא במרכזים רפואיים, הקשורים בהסכמים עם "מנרה מבטחים". שיפוי עד גובה 4,000,000 ש"ח במרכזים רפואיים אחרים. במקרה של השתלת איבר מלאכותי ינתן שיפוי עד 2,000,000 ש"ח. במקרה של השתלת איבר מן החי ינתן שיפוי עד 2,000,000 ש"ח. הכיסוי כולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה. גמלת החלמה לאחר השתלה: 6,500 ש"ח למשך 24 חודשים (למבטוח עד גיל 18 – מחצית הסכום). לחילופין: פיצוי חד פעמי בסך 250,000 ש"ח, שישולם לאחר ביצוע ההשתלה בחו"ל. | - | שיפוי | אישור רופא מומחה בדרגת מנהל/סגן מנהל מחלקה | משלים | יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה |
| טיפולים מיוחדים בחו"ל | עד 500,000 ש"ח, כולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה. | - | שיפוי | אישור רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה/סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש וכן אישור רופא מטעם "מנרה מבטחים" | תחליפי | יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה |
| פיצוי במקרה מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד | 85,000 ש"ח (בתוקף למבטוח שבעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מלאו לו 21 שנה). | - | פיצוי | - | מוסף | אין קיצוז |
| תרופות מיוחדות | עד 1,500,000 ש"ח למקרה הביטוח הראשון ועד 1,000,000 ש"ח למקרי ביטוח חדשים במקרה בו לא השתתפה "מנרה מבטחים" במימון התרופה - שיפוי בגין ההשתתפות ששילם המבטוח לקופ"ח ו/או לשב"ן וכן פיצוי חודשי בגובה 10% מהמחיר המירבי המאושר לתרופה, ועד 1,500 ש"ח לחודש. | 400 ש"ח לחודש | שיפוי | אישור מראש של "מנרה מבטחים" לרכישת התרופה | מוסף או משלים | יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה |
| מענק חד-פעמי לפיצוי בגין הידבקות בהפטיטיס B או C | פיצוי בגובה 60,000 ש"ח בהתאם לתנאי הפוליסה. | - | פיצוי | - | מוסף | אין קיצוז |

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

נספח 848

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.

נספח "גילוי נאות" הוא למידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהפוליסה. התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בפוליסה.