



SHIRBIT שירביט

חברה לביטוח בע"מ LTD. Insurance Company

פוליסה הגנה כפולה למשפחה – השלמה לסל הבריאות

הסבר כללי

פוליסה זו מורכבת מארבעה פרקים:

פרק א': ביטוח תאונות אישיות הכולל כיסוי למקרה מוות מתאונה, נכות תאונתית וכן פיצוי לאובדן זמני של כושר העבודה כתוצאה מתאונה

פרק ב': ביטוח להשתלת איברים וטיפולים מיוחדים המשלים את הכיסוי הניתן על ידי קופת החולים

פרק ג': ביטוח לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות המאפשר רכישת תרופות שאושרו לשימוש בארץ אך אינן כלולות בסל הבריאות של קופת החולים

פרק ד': פיצוי כספי למבוטח שאושפז בבית חולים

"הגנה כפולה למשפחה – השלמה לסל הבריאות"

פוליסה זו היא חוזה בין שיר ביט חברה לביטוח בע"מ (שתיקרא להלן: "המבטח").
ובין המבוטח ששמו מפורש ברשימה (שיקרא להלן: "המבוטח")

1. עיקרי החוזה:

- 1.1. תמורת תשלום דמי הביטוח ישלם המבטח למבוטח תגמולי ביטוח בהתאם למקרה הביטוח כמוגדר בסעיפי הפוליסה להלן:
- 1.2. הרשימה המצורפת לפוליסה זו מהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
- 1.3. אופן הפיצוי וסכום הפיצוי יהיו בהתאם לתנאים ולהוראות אשר בפוליסה.
- 1.4. דמי הביטוח ישולמו באמצעות הוראת קבע לבנק או ע"י חיוב כרטיס אשראי, בתשלומים צמודים למדד יוקר המחיה.
- 1.5. הצעת הביטוח החתומה בידי ראש המשפחה או בן/בת הזוג מהווה חלק בלתי נפרד מחוזה הביטוח.
- 1.6. סכומי הביטוח בפוליסה צמודים למדד הידוע ביום תחילת הביטוח.
- 1.7. שינוי הפרמיה:
 - 1.7.1. דמי הביטוח ישתנו על פי השינויים שיחולו במדד הידוע ביום תחילת הביטוח.
 - 1.7.2. המבטח יהיה רשאי לשנות את הפרמיה במועד חידוש הפוליסה לאחר שהודיע בכתב למבוטח 30 יום מראש
 - 1.7.3. המבטח יהיה רשאי לשנות את הפרמיה לפני מועד חידוש הפוליסה ובתנאי שהמפקח על שוק ההון הביטוח והחסכון אישר את השינוי האמור.
- 1.8. פוליסת הביטוח תיכנס לתוקף בתאריך הנקוב ברשימה ובתנאי שהפרמיה הראשונה תשולם במועד. פוליסת הביטוח תסתיים שנה אחת לאחר מכן.

הפוליסה תתחדש מדי שנה, לשנה נוספת, אלא אם כן תבוטל ע"י המבטח או המבוטח.
לגבי מבוטח שגילו בעת ההצטרפות לביטוח היה פחות מ- 18 שנה ייפסק הביטוח בהגיעו לגיל 18 שנה.

2. הגדרות

- 2.1. החברה: שירביט חברה לביטוח בע"מ.
- 2.2. מדד: מדד המחירים לצרכן המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 2.3. משפחה: יחידה משפחתית הכוללת את ראש המשפחה בן/בת הזוג וילדיהם עד גיל 18.
- 2.4. המבוטח: יחיד הנמנה על המשפחה שהצטרפה לביטוח ושגילו אינו מעל 60 שנה.
- 2.5. סל הבריאות הממלכתי: מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריה במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה.
- 2.6. נכות: אובדנו של אבר בהפרדתו הפיסית מן הגוף או אבדן מוחלט או חלקי של כושר פעולתו הפונקציונלית של אבר מאברי הגוף.
- 2.7. נכות מלאה צמיתה: נכות מלאה תמידית שתקבע עפ"י המבחנים הקבועים לכך בפרק זה.
- 2.8. נכות חלקית: נכות חלקית תמידית שתקבע על פי המבחנים הקבועים לכך בפרק ב'.
- 2.9. גבולות טריטוריאליים: הכיסוי על פי פוליסה זו תקף בכל מקום בתבל.

פרק א: ביטוח תאונות אישיות למשפחה

1. מקרה הביטוח או התאונה:

פגיעה גופנית בלתי צפויה, כתוצאה מתאונה שנגרמה במישרין על ידי גורם חיצוני פיסי וממשי אשר בלי תלות בגורם אחר היווה את הסיבה הישירה והבלעדית, בתוך שניים עשר חודשים משעת קרותה לאחת מאלה:

א. מותו של המבוטח או נכותו.

ב. אי כושרו הזמני של המבוטח לעסוק בעבודתו, במקצועו או במשלח ידו או להתמסר להם בצורה כלשהי באורח מלא.

2. תשלום תגמולי הביטוח – תנאים נלווים:

2.1. **מוות:** במקרה ביטוח שבו נגרם מותו של המבוטח ועל יסוד הוכחות למקרה המוות שתוגשנה לשביעות רצונו של המבטח, ישלם המבטח ליורשים החוקיים של המבוטח את הסך של 100,000 ₪, אולם במקרה מוות של בן משפחה אשר גילו פחות מ-18 שנים, אין כיסוי, אולם אם שולמו למבוטח, עקב אותו מקרה ביטוח תגמולי ביטוח בגין נכות מלאה צמיתה או נכות חלקית צמיתה, ישלם המבטח במוותו של המבוטח רק את ההפרש - אם יש כזה - שבין הסכום המגיע לפי סעיף זה לבין הסכום ששולם כאמור בגין אותה נכות.

2.2. **נכות מלאה צמיתה:** במקרה ביטוח שבו נגרמה למבוטח נכות מלאה צמיתה כהגדרתה בפרק זה, ועל יסוד הוכחות למקרה זה לשביעות רצונו של המבטח, ישלם המבטח למבוטח את הסך של 100,000 ₪. אולם במקרה של נכות צמיתה של בן משפחה אשר גילו פחות מ-18 שנים, ישולם סכום של 50,000 ₪ בלבד.

2.3. **נכות חלקית צמיתה:** תגמולי הביטוח שישולמו עקב נכות חלקית צמיתה יהיו בשיעור אחוז הנכות שתיקבע למבוטח, עקב מקרה הביטוח, מתוך הסכום הנקוב בסעיף ב' לעיל.

2.4. **חישוב תגמולי הביטוח לנכות צמיתה:** משנקבעה למבוטח נכות צמיתה חלקית או מלאה לא יהיה זכאי עוד לפיצוי על בסיס אי כושר זמני לעבודה עקב אותו מקרה ביטוח. כל סכום ששולם בגין תקופה שלאחר התגבשות הנכות כאמור ייזקף לחשבון הפיצוי הסופי בגין נכות צמיתה.

2.5. קביעת הנכות:

2.5.1. קביעת הנכות הצמיתה המלאה או החלקית, שנגרמה למבוטח עקב מקרה ביטוח על פי פוליסה זו תיקבע עפ"י המבחנים הרלוונטיים שנגרמו לפגיעה מהסוג הנדון בחלק א' אשר בתוספת לתקנה 11 שבתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגע עבודה) תשט"ו 1956, להלן, בסעיף זה "המבחנים".

2.5.2. לא פורטה הפגיעה במבחנים הנ"ל, תקבע דרגת הנכות על ידי רופא מוסמך לפי הפגיעה הדומה לה, מבין הפגיעות שנקבעו במבחנים.

2.5.3. הייתה למבוטח עילה לתביעה גם מהמוסד לביטוח לאומי עקב קרות מקרה הביטוח, תחייב הקביעה של המוסד לביטוח לאומי לגבי שיעור נכותו של המבוטח הנובעת מהמקרה הביטוח גם את הצדדים לפוליסה זו.

2.5.4. אין בקביעת נכות כאמור, כדי להחיל על פוליסה זו הוראה כלשהי מתוך חוק הביטוח הלאומי ותקנותיו.

2.6. אי כושר עבודה:

2.6.1. במקרה ביטוח שבו נגרם למבוטח שהינו מעל גיל 18, אי כושר מלא (במוגדר בסעיף 3 ב' לעיל) ישלם המבטח למבוטח את הסך של 500 ש"ח לשבוע בשל אי כושר מלא לעבודה, החל

מהיום ה - 30 שלאחר קרות מקרה הביטוח וכל עוד נמשכת תקופת אי הכושר כאמור, ולא יותר מאשר 52 שבועות וזאת בכפוף לתנאי פוליסה זו.

2.6.2. לא ישולמו תגמולי ביטוח עקב אי כושר זמני חלקי לעבודה.

2.6.3. התקופה המצטברת שבגינה ישלם המבטח פיצויים שבועיים עפ"י פוליסה זו עקב מקרי ביטוח שאירעו בתקופת הביטוח, לא יעלו על 52 שבועות בסך הכל לכל מבטח.

3. הודעה על מקרה תאונה:

על המבטח להודיע למבטח ללא דחוי, על קרות מקרה הביטוח וכן עליו להמציא למבטח ויתור על סודיות רפואית, ומסמך רפואי או ענייני אחר שיידרש להמציאו. כמו כן, עליו למסור מידע אחר הקשור לתאונה.

4. בדיקה רפואית:

חובה על המבטח להיבדק על ידי רופא מוסמך מטעם חברת הביטוח ועל חשבונה במידה ויידרש על ידי חברת הביטוח.

5. סייגים לחבות המבטח לפרק זה:

פוליסה זו אינה מכסה תאונה הקשורה עם אחד או יותר מהאירועים המפורטים להלן:

5.1 הריון או לידה. אלא אם היו הסיבה הישירה לגרימת התאונה.

5.2 מחלה.

5.3 ליקוי גופני שהיה קיים לפני קרות מקרה הביטוח.

5.4 נהיגה באופנוע (לרבות קטנוע ואופניים עם מנוע עזר) או טרקטורון.

5.5 תאונה שאירעה בעת עבודתו של המבטח ועקב תאונה זו הנו זכאי לפיצוי מהמוסד לביטוח לאומי.

5.6 מקרה מוות למבטח שטרם מלאו לו 18 שנה.

פרק ב: ביטוח השתלות וטיפולים בחו"ל – השלמה לסל הבריאות

1. מקרה הביטוח:

הוצאות טיפול רפואי לרבות השתלת איברים מחוץ לישראל מעבר למכוסה בסל הבריאות על פי חוק הבריאות הממלכתי.

2. סכום הביטוח:

סכום השיפוי המרבי למקרה של השתלת איבר/איברים הוא 1,200,000 ₪. סכום השיפוי המרבי לניתוחים ו/או טיפולים הדרושים להצלת חיי אדם (לרבות טיפול במחלת הסרטן) הוא 300,000 ₪ . הסכומים הנ"ל הנם רובד שני מעל תקרת התשלום ע"פ סל הבריאות וישולמו במידה וההוצאות בפועל היו גבוהות מהמכוסה ע"פ החוק ורק עבור ההפרש שנותר ובכפוף לתקרת השיפוי.

3. אירוע מבטח:

מצב בריאותי של המבטח המחייב השתלה בחו"ל של אחד מהאיברים הבאים:

1. לב

2. ריאות ולב

3. כליה

4. כבד

5. מח עצמות

ו/או טיפול רפואי בחו"ל ובתנאי שהטיפול הרפואי האמור אינו ניתן לביצוע בישראל או שהמתנה לביצוע ההשתלה או הטיפול מסכנת את חיי המבוטח .
כל זאת כפוף לקביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי של קופת החולים המבטחת את המבוטח ובכפוף לחוק הבריאות הממלכתי המאשרת את הצורך בביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או לחליפין באישור המבטח מראש ובהסכמתו.

4. הבאת מומחה מחו"ל:

במידה ולא ניתן יהיה להעביר את המבוטח לחו"ל בשל מצבו הרפואי תשלם החברה סכום שלא יעלה על \$12,000 לכיסוי הוצאות הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול או הניתוח.

5. המשך טיפול בארץ:

במידה ולאחר ביצוע הניתוח ו/או הטיפול בחו"ל יזדקק המבוטח להמשך של טיפולים בארץ וטיפולים אלה לא יהיו מכוסים ע"י קופת החולים בה הוא חבר ישלם המבטח למבוטח את הוצאותיו בפועל עבור טיפולים אלה ובתנאי שסה"כ הסכום שישלם בגין הרחבה זו לא יעלה על 48,000 ₪ ולא יותר מ- 1,200 ש"ח ליום, ובתנאי שסה"כ התשלומים לפי פוליסה זו לא יעלו על סכומי הביטוח המפורטים בסעיף 3 דלעיל זאת למשך חודשיים מיום חזרת המבוטח לישראל.

6. תנאי מוקדם לקיום הביטוח:

מוצהר ומוסכם בזה בין הצדדים במפורש כי הביטוח על פי פוליסה זו לא יכסה מבוטח אשר בעת שהצטרף לביטוח או לפני כן היה קיים אצלו הצורך על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לבצע אחד מהטיפולים המכוסים לפי פוליסה זו ולא הצהיר על כך בהצעת הביטוח או בהצהרת הבריאות.

7. תגמולי הביטוח:

המבטח ישפה את המבוטח או המוטב עבור הוצאות הממשיות שהוציא עקב קרות מקרה הביטוח האמור לעיל ולא יותר מסכום הביטוח המפורט בסעיף 2 לעיל כמפורט:

7.1. הוצאות טיסה של המבוטח ומלווה אחד בטיסה מסחרית סדירה (מחלקת תיירים) לאחר הטיפול וחזרה ממנה.

7.2. הוצאות תעבורה יבשתית משדה התעופה לבית החולים וחזרה.

7.3. הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד בארץ הטיפול בהמתנה לקבלת הטיפול ולאחר השחרור מבית החולים ובתנאי שהשהייה אושרה ע"י רופאו של המבוטח כחיובית.

7.4. הוצאות אלה לא יעלו על 600 ₪ למבוטח ו- 600 ₪ למלווה עבור כל יום שהייה ולכל היותר ישלם המבטח עבור 45 ימי שהייה.

במסגרת זו ישלם המבטח אך ורק עבור לינה במלונות ו/או בבית החולים, כלכלה ונסיעות בתחבורה ציבורית לבית החולים וממנו וזאת כנגד הצגת קבלות.

7.5. הוצאות הטיפול הרפואי לרבות שכר רופאים, אחיות, שירותי מעבדה, איברים, תרופות, והוצאות רפואיות נלוות.

- 7.6 הוצאות אשפוז לבית החולים עד לסכום של \$1250 ליום (בנוסף להוצאות הטיפול הרפואי כמפורט בסעיף קטן 5 לעיל)
- 7.7 במקרה מותו של המבוטח הטסת גופתו של המבוטח לישראל.
- 7.8 המבטח יהיה רשאי על פי שיקול דעתו לשלם את ההוצאות הרפואיות כולן או חלקן ישירות למוסד הרפואי בחו"ל או לשלמן לידי המבוטח. המבוטח זכאי לקבל מהחברה מקדמה או התחייבות כספיות שיאפשרו לו קבלת טיפול רפואי.
- 7.9 תגמולי הביטוח בישראל ישולמו בשקלים לפי ערכם הדולרי על פי השער היציג הנהוג בנק לאומי לישראל ביום התשלום.
- 7.10 במקרה של פטירת המבוטח ישולמו הוצאות הטיפול ככל האפשר ישירות לבית החולים או לעיזבונו של המבוטח.
- 7.11 תשלום תגמולי הביטוח יהיה רק עבור מקרה ביטוח אחד למבוטח אחד בתקופת הביטוח.
- 7.12 כל זכות שיפוי המגיעה למבוטח מאדם או גוף כלשהו בשל מיקרה המכוסה לפי הפוליסה תעבור למבטח ובשיעור התגמולים ששילם.
- תנאי מוקדם לקיום חבות החברה הנו עפ"י פוליסה זו היא, כי ביום הצטרפותו של המבוטח לביטוח זה, לא היה ידוע למבוטח או לבן משפחתו על מצב המצריך טיפול רפואי בחו"ל.

8. סייגים לחבות המבטח לפרק זה:

המבטח לא ישא בתשלום לכל אחד או יותר מהמקרים הבאים:

- 8.1 אם מקרה הביטוח קרה כתוצאה מאירוע תאונתי שבגינן זכאי המבוטח לשיפוי או פיצוי מצד ג' כלשהו.
- 8.2 אם הטיפול מחוץ לישראל נדרש בשל תור ארוך של ממתנים למעט במקרה שבו לא ניתן להשיג בישראל איבר מתאים להשתלה ובתנאי שחלה החמרה ממשית במצב הבריאותי של המבוטח באופן שהוא מצוי בסכנת חיים.
- 8.3 השתלת איבר שהיא ניסיונית.

פרק ג' : נספח לביטוח תרופות מיוחדות

1. הגדרות מיוחדות לפרק זה:

- ההגדרות המפורטות להלן הן בנוסף להגדרות הכלליות המופיעות בפרק המבוא בהוראות ובתנאים הכלליים.
- 1.1 תקופת המתנה: תקופה של 60 ימים, המתחילה ביום תאריך הדיווח בכתב למבטח על קרות מקרה הביטוח ואשר במהלכה לא ישלם המבטח את תגמולי הביטוח, בגין מקרה הביטוח כקבוע בתנאי הנספח.
- 1.2 מקרה הביטוח: קרות מחלה אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה אשר אינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי למבוטח, ושאינה כלולה בשרותי בריאות נוספים מטעם קופ"ח, ואשר אין במקומה תרופה חלופית, בהרכב גנרי זהה, הכלולה בסל הבריאות הממלכתי ו/או בסל שירותי רפואה נוספים מטעם קופות החולים.

למען הסר ספק מובהר כי השיפוי יהיה אך ורק בגין עלות התרופה, להבדיל מהשירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה.

למען הסר ספק, מובהר כי השיפוי יהיה גם בגין תרופות הממומנות חלקית בסל שירותי רפואה נוספים מטעם קופות החולים, אולם אך ורק בגין חלקו של המבוטח בעלות הכוללת.

למען הסר ספק מובהר כי טיפול תרופתי מונע במסגרת שירותי רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון אינם מהווים מקרה ביטוח על פי נספח ביטוח זה.

1.3 תרופה: חומר כימי מרפא אשר הוכחה יעילותו פעילותו ע"י הרשויות המוסמכות בישראל. רשימת התרופות המאושרות הינה רשימת התרופות כפי שמופיעה בפרסום רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, הנכונה לפרסום אחרון הסמוך למועד קרות מקרה הביטוח.

1.4 רופא מומחה: רופא אשר הוכר כמומחה על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.

1.5 טיפול: נטילת תרופה בישראל בצורה חד פעמית או מתמשכת שלא במהלך אישפוז המבוטח בבית החולים, אלא אם אשפוזו ארע במהלך השימוש בתרופה.

1.6 חוק ביטוח בריאות ממלכתי: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד 1994 או כל חוק אשר יחליף אותו.

1.7 בית מרקחת: מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תקופות לציבור הרחב (להלן- "נותן השירות").

1.8 מרשם: מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש.

למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד טיפול של עד חודש אחד בכל פעם.

1.9 סכום שיפוי מרבי- גובה תגמולי הביטוח המרבים שישלם המבטח בגין תרופה.

1.10 מחיר מרבי מאושר- הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה לגביה בגין תרופה והמשתנה מעת לעת.

2. תגמולי הביטוח ואופן השיפוי:

2.1 סכום הביטוח המרבי ע"פ נספח זה לא יעלה על 5,000 ₪ לחודש וישולם למשך 36 חודשים לכל היותר.

2.2 המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידי מרשם. למען הסר ספק מובהר כי המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח אם לא אישר מראש את רכישת התרופה.

2.3 המבטח ישפה את המבוטח כנגד העברת קבלות מקוריות ו/או ישלם ישירות לנותני השירות עבור התרופה.

2.4 השתתפות עצמית- המבוטח ישא בהשתתפות עצמית כקבוע בדף פרטי הביטוח בגין כל מרשם או בשיעור 5% לכל מרשם או מהמחיר המרבי המאושר של התרופה, הגבוה מביניהם אך לא פחות מ 150 ₪.

2.5 חבות המבטח עפ"י נספח זה תהיה אך ורק להוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית כאמור בסעיף 2.3 ולא יותר מסכום השיפוי המרבי כנקוב בסעיף 2.1 דלעיל.

- 2.6 הזכאות לשיפוי על פי נספח זה, מותנית בעובדה כי התרופה נרכשה לאחר תום תקופת האכשרה ובמהלך תקופת הביטוח.
- 2.7 סכום השיפוי המרבי שישלם המבטח עפ"י נספח זה יהיה עד לסך הנקוב בסעיף 2.1 דלעיל בגין כל מקרי הביטוח, על פי פרק זה לכל תקופת הביטוח.
- 2.8 אם עברו למעלה משישה חודשים מהפסקת התגמולים בגין התרופה והמבוטח חזר למצב של זכאות, יחודשו התגמולים בגין התרופה על פי סעיף 3 לעיל, לאחר תקופת ההמתנה נוספת, אלא אם הדרישה הינה לתרופה זהה בגין מקרה ביטוח זהה.
- 2.9 ובכל מקרה הסכום המירבי שישולם בגין כסוי זה לא יעלה על 180,000 ₪ בנכחי ההשתתפות העצמית. (5000 ₪ לחודש X 36 חודש ובנכחי השתתפות עצמית).

3. הוצאות מוכרות:

המבטח ישא אך ורק בהוצאות שהוצאו בפועל על ידי המבוטח. לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים אשר עדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

4. תקופת אכשרה:

כיסוי על פי פרק זה תקופת אכשרה של 60 יום מיום תחילת הביטוח.

5. מצב רפואי קיים:

מובהר בזה כי המבטח לא יהא אחראי לתשלום תגמולי הביטוח, אם מקרה הביטוח ארע כתוצאה ממהלכה הרגיל של מחלה או סיבוכיה של מחלה אשר הייתה ידועה למבוטח או לבני משפחתו או לרופאיו לפני תחילת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה אלא אם הצהיר על כך המבוטח בהצעה והמבטח הסכים לקבלו ללא תנאי.

6. סייגים לחבות המבטח לפרק זה:

- 6.1 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה ע"י הרשויות המוסמכות בישראל.
- תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי מאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום השיפוי המרבי על פי הסכום המרבי מאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב.
- במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום השיפוי המרבי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.
- 6.2 בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים אשר מפורטים בסעיף 10 בפרק המבוא אשר יחולו במלואם גם על פרק זה, לא יהא המבטח אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:
- 6.2.1 במקרה שמקרה הביטוח נובע ו/או קשור לסיבוכי היריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות למעט לידה בניתוח קיסרי.
- 6.2.2 תרופה ניסיונית או תרופה הניתנת במהלך ניסוי קליני.
- 6.2.3 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים.
- 6.2.4 תרופות לטיפול במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
- 6.2.5 תרופה לטיפול בבעיות שניניים.

פרק ד': פיצוי בעת אשפוז

1. הגדרות:

הגדרות אלה הן בנוסף להגדרות הכלליות המופיעות בפרק המבוא בהוראות ובתנאים הכללים לכל פרקי הביטוח.

1.1 **ניתוח:** כל פעולה פולשנית- חדירתית (INVASIVE), בכל טכניקה כירורגית הידועה כיום, כולל באמצעות לייזר, ו/או שתהיה ידועה בעתיד, אשר מטרתה ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות- חדירתיות לאבחון- טיפול שהם: הראית אברים פנימית (**Endoscopy** למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה.

1.2 **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, ולהוציא מחלקה פסיכיאטרית ציבורית או פרטית ולהוציא מחלקה או מוסד שיקומי או סיעודי.

2. מקרה הביטוח:

אשפוז המבוטח בבית חולים מחמת מחלה, תאונה או לצורך ביצוע ניתוח.

3. תגמולי הביטוח:

מבוטח שאושפז בבית חולים יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בסך 500 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיום השלישי וכלה ביום ה- 14 לאשפוז.

4. סייגים לחבות המבטח לפרק זה:

פצוי עבור אשפוז בבית חולים לא ישולם במקרים הבאים:

4.1 הניתוח בא לתקן פגם ו/או מום מולד למעט פגם ו/או מום מולד שהתגלה תוך כדי תקופת הביטוח.

4.2 הניתוח הוא למטרת יופי ו/או אסטטיקה למעט שיחזור הנובע מניתוח המכוסה על פי תנאי הפוליסה ואשר איננו מכוסה ע"י צד שלישי.

4.3 הניתוח קשור בפוריות ו/או עקרות.

4.4 ניתוח שסיבתו אינה אורגנית.

4.5 בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפר תרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון: CT ו-MRI כאשר אלה אינן חלק ממהלך הניתוח.

4.6 ניתוחים הקשורים בשיניים.

4.7 עקירת שן כירורגית למטרה אורתודנטית ו/או שמטרתו שיפור האסטטיקה של שחזורים פרוטטיים ו/או שמטרתו הארכת כותרות שיניים לצרכים פרוטטיים ו/או טיפולי חניכיים מסוג גינגיבופלסטיקה ואלביאופלסטיקה.

4.8 אשפוז לצורך לידה או הפלה

4.9 אשפוז עקב נסיון התאבדות או פגיעה עצמית מכוונת.

תנאים כללים

1. ביטול הביטוח

- 1.1. ביטול ע"י המבטח: לא שולמה הפרמיה או חלקה במועד, ולא שולמה תוך 15 ימים לאחר שהמבטח דרש מהמבוטח או בעל הפוליסה בכתב לשלם, רשאי המבטח להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבוטח בכתב כי הפוליסה תתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן. במקרה כזה המבטח לא יהא חייב בתגמולי ביטוח או בכל אחריות על פי הפוליסה מיום ביטולה.
- 1.2. ביטול ע"י המבוטח: ראש המשפחה או בן/בת זוגו יהיה רשאי בכל עת לבטל את חוזה הביטוח בהודעה בכתב למבטח. במקרה זה יתבטל חוזה הביטוח לגבי כל המבוטחים המופיעים באותה הצעת הביטוח וזאת החל מתום התקופה שבעבורה שולמו דמי הביטוח.
- 1.3. פרמיה ששולמה מראש והפוליסה בוטלה טרם סיומה תוחזר למבוטח בחלקה היחסי בקיזוז הוצאות הביטול.
- 1.4. במקרה שהפוליסה תבוטל על ידי המבטח שלא כתוצאה מהסיבות שהוזכרו לעיל, אזי יהיה רשאי המבוטח לרכוש במסגרת ביטוחי הבריאות של המבטח כיסוי עד גובה הכיסוי שניתן בפוליסה זו ללא הוכחת מצב בריאות, ובלבד שהכיסוי יירכש תוך 30 יום מיום ביטול פוליסה זו.

2. התיישנות

תקופת ההתיישנות לפי פוליסה זו היא 3 שנים מיום קרת מקרה הביטוח.

3. שיפוט ישראלי

על פוליסה זו יחול החוק הישראלי ולבית המשפט בת"א יהיה שיפוט בלעדי בכל חילוקי הדעות הנובעים מפוליסה זו.

4. הסכם בוררות רפואי

מוצג ומוסכם בזה כי חילוקי דעות בנושאים רפואיים ימסרו להכרעה של בורר יחיד שימונה מבין מנהלי המחלקות של בתי החולים בישראל.

5. תנאים מוקדמים לאחריות המבטח

- 5.1. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי לפי פוליסה זו לאחר שיתקיימו כל התנאים הבאים:
- 5.2. המבוטח ימסור למבטח את החומר הרפואי הקשור למקרה הביטוח.
- 5.3. המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית חתום על ידו.
- 5.4. המבוטח ימסור למבטח את המידע שידרש לברור חבותו.
- 5.5. המבוטח יעמיד עצמו ו/או יתייצב לבדיקה בפני כל רופא שימונה ע"י המבטח.
- 5.6. המבטח אישר בכתב את זכאותו של המבוטח עפ"י הממצאים הרפואיים ועפ"י תנאי הפוליסה וזאת במידה והניתוח או הטיפול לא תואמו או אושרו מראש.

6. הודעות:

כל הודעה של המבוטח למבטח תיעשה ותימסר בכתב למשרדו של המבטח.
כל הודעה של המבטח תשלח בכתב למענו של המבוטח כמופיע בהצעת הביטוח.

7. סייגים לחבות המבוטח לכל פרקי הפוליסה

- 7.1. פוליסה זו אינה מכסה מקרה ביטוח הנובע או קשור ל:
- 7.2. ניסיון להתאבדות, חבלה עצמית במתכוון, חבלה במתכוון על ידי מבוטח אחר בפוליסה או על ידי מוטב בפוליסה, סיכון עצמי מכוון (פרט לניסיון להציל חיי אדם).
- 7.3. שכרות או סמים (פרט למקרה של שימוש עפ"י הוראות רופא).
- 7.4. טיסה בכלי טייס שאיננה טיסה מסחרית.
- 7.5. פעילות של המבוטח כספורטאי בקבוצת ספורט או בפעילות צייד, דאיייה, צניחה, טיפוס הרים, ספורט חורף, צלילה.
- 7.6. קרינה מייננת או קרינה רדיו אקטיבית מכל סוג שהוא.
- 7.7. השתתפות בתרגילים או בפעילויות צבאיות כל שהן, למעט תאונה בזמן שירותו הצבאי של מבוטח במילואים, שאינה תוצאה של השתתפות בתרגילים או בפעילות צבאית.
- 7.8. התפרעות או תגרה שבה השתתף המבוטח.
- 7.9. מלחמה, מעשי איבה או פעילות מעין מלחמתית (אחת היא אם הוכרזה מלחמה או לא) פעולות מחבלים או מסתננים, פעולות חבלה או טרור, פלישה, מהפיכה, מרד, מלחמת אזרחים, התקוממות כוח צבאי, או אנשים הפועלים בעד או בקשר עם ארגון פוליטי כלשהו או התקוממות עממית. חריג זה לא יחול במקרה ביטוח שבו יגרם מותו של המבוטח או נכות צמיתה (כמוגדר בסעיף 4) ובלבד שמקרה הביטוח ארע בעת שהמבוטח אינו משרת בתפקיד כלשהו בצבא או נוטל חלק פעיל בכל אירוע כאמור.
- 7.10. אם מקרה הביטוח אירע במישרין או בעקיפין כתוצאה ממחלת הכשל החיסוני הנקראת (איידס).
- 7.11. אם מקרה הביטוח נגרם כתוצאה מאי שפיות, ניסיון התאבדות, אלכוהוליזם, שימוש בסמים או התמכרות להם (למעט סמים שנצרכו עפ"י הוראת רופא לצורך טיפול רפואי שאינו טיפול לשם גמילה מסמים).
- 7.12. אם מקרה הביטוח נגרם מ: בקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי או, השתתפותו של המבוטח בפעולה מלחמתית צבאית, מחתרתית, מהפכה, מרד, פרעות או פעולה בלתי חוקית.
- 7.13. אם מקרה הביטוח אירע לפני או אחרי תוקף הביטוח.