



# ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי מקורות, שח"מ ובני משפחותיהם

דצמבר 2021



דצמבר 2021

עובדי מקורות, שח"מ, גמלאים ובני משפחה יקרים,

אנו שמחים להציג בפניכם תכנית ביטוח בריאות קבוצתית מורחבת ומשודרגת באמצעות חברת "הראל ביטוח ופיננסים".

הפוליסה מכילה כיסויים רבים שהינם כיסויים חשובים ומצילי חיים, כמו כן בפוליסה התווספו כיסויים נוספים שימושיים המאפשרים לממש טיפולים ולקבל החזרים בגין ההוצאה בפועל מחברת הביטוח.

ביטוח הבריאות החדש הינו לתקופה של 5 שנים החל מ-1/12/2021 ועד 30/11/2026.

מבנה הפוליסה מורכב מרובד בסיס הממומן ע"י מקורות עבור העובדים הזכאים ורובד הרחבה לבחירת המבוטח ועל חשבוננו.

הזכאות לביטוח הבריאות הקבוצתי ניתנת לכלל עובדי החברה הקבועים ועובדים בוותק מעל שנתיים במסלול לקביעות בחברה ולבני משפחותיהם.

עובדים ותיקים (מעל שנתיים) שלא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת, רשאים להצטרף לפוליסה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ובתנאי שעשו זאת **במסגרת חלון ההזדמנויות שהינו מתאריך 1/12/2021 ועד 31/3/2022**. לאחר מועד זה ניתן להצטרף אך ורק באמצעות טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות.

בברכת בריאות טובה לכם ולבני משפחותיכם,

אשר בן שושן

אילן הללי

סמנכ"ל חטיבת משאבי אנוש ומינהל

יו"ר ארגון העובדים

# תוכן עניינים

|    |   |
|----|---|
| 4  | גילוי נאות  |
| 4  | תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מקורות חברת מים שח"מ גמלאים ובני משפחותיהם |
| 19 | פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי  |
| 19 | פרק מבוא - הגדרות ותנאים כלליים   |
| 34 | פרק א': השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל                                       |
| 39 | פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות   |
| 42 | פרק ג': כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל                                  |
| 44 | פרק ד': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ                            |
| 48 | פרק ה': ייעוץ רפואי   |
| 49 | פרק ו': כתב שירות - "רופא מלווה אישי"   |
| 60 | רובד הרחבה  |
| 60 | פרק ז': פיצוי לאחר השתלה שבוצעה בחו"ל   |
| 61 | פרק ח': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מהשקל הראשון                          |
| 64 | פרק ט': שירותים אמבולטוריים   |
| 69 | פרק ט"ו: בדיקות סקר   |

# גילוי נאות

|                               |  |   |   |
|-------------------------------|--|---|---|
| טלפון *2735<br>פקס 03-7348178 | כתובת הדואר האלקטרוני<br>polisotbs@harel-ins.co.il | אבא הלל 3,<br>ת"ד 1951,<br>רמת גן 5211802 | כתובת אתר האינטרנט<br>www.harel-group.co.il |
|-------------------------------|--|---|---|

## **תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מקורות חברת מים שח"מ גמלאים ובני משפחותיהם**

| <b>תמצית פרטי הפוליסה</b> |  |
|---------------------------|--|
| שם הביטוח                 | ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מקורות חברת מים שח"מ גמלאים ובני משפחותיהם.   |
| סוג הביטוח                | <b>רובד בסיס</b><br><b>פרק א'</b> - השתלות בחו"ל וטיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל.<br><b>פרק ב'</b> - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.<br><b>פרק ג'</b> - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.<br><b>פרק ד'</b> - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ (לבעלי שב"ן - כללית מושלם/פליטינום, מגן זהב, מאוחדת עדיף/שיא, לאומית זהב) <b>פרק זה יחול במקום פרק ח', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים.</b><br><b>פרק ה'</b> - ייעוץ רפואי.<br><b>פרק ו'</b> - כתב שירות - "רופא מלווה אישי".<br><b>רובד הרחבה*</b><br><b>פרק ז'</b> - פיצוי לאחר השתלה שבוצעה בחו"ל עפ"י סעיף 3.7 בפרק א' עבור מבוטחים רכשו את רובד ההרחבה.<br><b>פרק ח'</b> - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מהשקל הראשון.<br><b>פרק ט'</b> - שירותים אמבולטוריים.<br><b>*בהתאם לרבדים שנרכשו ע"י המבוטח.</b> |
| תקופת הביטוח              | 5 שנים, החל מיום 1.12.2021 ועד ליום 30.11.2026.  |

|   |                     |
|---|---------------------|
| <p><b>רובד בסיס</b></p> <p><b>פרק א' - השתלות בחו"ל וטיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל</b></p> <p>כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהייה, וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה.</p> <p><b>פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</b></p> <p>כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כמו כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.</p> <p><b>פרק ג' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</b></p> <p>כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.</p>  | <p>תיאור הביטוח</p> |
| <p><b>פרק ד' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (לבעלי שב"ן)</b></p> <p>מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.</p> <p><b>פרק ה' - ייעוץ רפואי</b></p> <p>התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח.</p> <p><b>פרק ו' כתב השירות - "רופא מלווה אישי"</b></p> <p>קבלת מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול ובמהלך ההחלמה, בהשתתפות עצמית של 380 ₪.</p> <p><b>רובד מורחב</b></p> <p><b>פרק ז' - השתלות איברים בחו"ל - פיצוי לאחר השתלת איברים בחו"ל</b></p> <p>כיסוי לפיצוי לאחר ביצוע השתלה למבטח שרכש את הרובד המורחב.</p> <p><b>פרק ח' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מהשקל הראשון</b></p> <p>כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.</p> <p><b>פרק ט' - שירותים אמבולטוריים</b></p> <p>השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח, בדיקות רפואיות אבחנתיות, טיפולי פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים, שיקום אחרי ניתוח ו/או תאונה, בדיקות ושירותים להריון, טיפולים ברפואה משלימה ועוד.</p> | <p>תיאור הביטוח</p> |

| <b>תמצית פרטי הפוליסה</b>   |  |
|---|--|
| <p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:<br/> חריגים כלליים לפוליסה - <u>סעיף 13</u>.<br/> פרק ב' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - <u>סעיף 4</u>.<br/> פרק ג' ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - <u>סעיף 2</u>.<br/> פרק ד' כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - <u>סעיף 6</u>.<br/> פרק ו' כתב שירות "רופא מלווה אישי" - <u>סעיף 2.24</u>, סעיף ה'.<br/> פרק ח' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מהשקל הראשון - <u>סעיף 4</u>.<br/> באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>   | <p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>             |
| <p><b>פרק א' השתלות בחו"ל וטיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל</b>, <u>סעיף 3.4.12</u> - פיצוי בסך 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.<br/> <u>סעיף 3.6</u> תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה, בגובה 350,000 ₪ למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי.<br/> <b>פרק ג' ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</b>, פיצוי בסך 200,000 ₪ בגין מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.<br/> <b>פרק ז' פיצוי לאחר השתלה שבוצעה בחו"ל (עבור מבוטחים שרכשו את רובד ההרחבה)</b>, השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪ למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית.</p>   | <p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>   |
| <p><b>פרק ג' ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</b>, תקופת אכשרה של 90 ימים.<br/> <b>פרק ד' כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן)</b>, תקופת אכשרה של 90 ימים לכיסוי לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה של 12 חודשים בלבד.<br/> <b>פרק ו' כתב שירות - "רופא מלווה אישי"</b>, תקופת אכשרה של 90 ימים.<br/> <b>פרק ח' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ</b>, תקופת אכשרה של 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה של 12 חודשים בלבד.<br/> <b>פרק ט' שירותים רפואיים אמבולטוריים</b>, תקופת אכשרה של 90 ימים. עבור התפתחות הילד והריון ולידה תחול תקופת אכשרה של 180 ימים.</p> | <p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)<sup>1</sup></p> |

<sup>1</sup>תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

**תמצית פרטי הפוליסה**

השתתפות  
עצמית

**פרק ב' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות,** השתתפות עצמית בגובה 150 ₪ למקרה ביטוח ועד 300 ₪ במקרה של מספר תרופות לחודש.  
במקרה של תרופות לצורך טיפול במחלת הסרטן או עבור תרופות שעלותן מעל 10,000 ₪ לחודש - ללא השתתפות עצמית.  
השתתפות של 15% עבור בדיקות גנטיות ו/או גנומייות ועד תקרת החזר של 30,000 ₪.

**פרק ה' ייעוץ רפואי,** השתתפות עצמית בגובה 30% עבור התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח ועד תקרת החזר של 600 ₪.

**פרק ו' כתב שירות "רופא מלווה אישי",** השתתפות של 380 ₪.

**פרק ט' שירותים אמבולטוריים,** השתתפות עצמית של 15% עבור פענוח של בדיקות הדמיה, בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות, טיפול ע"י מקרופאגים ועד תקרת ההחזר הנקובה בכל סעיף.

השתתפות עצמית של 20% עבור התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח, בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית, טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים, טיפולי שיקום אחרי ניתוח ו/או תאונה, שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב-amblyopia, אביזר/ים רפואי, טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים, בדיקות ושירותים להריון, טיפולי פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל, טיפולים ברפואה משלימה, טיפול בכאב לרבות מיגרנה ועד תקרת ההחזר הנקובה בכל סעיף.

השתתפות עצמית של 25% עבור התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב, שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול, טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה, מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל, אביזר - קוצב נגד כאב או משאבה ועד תקרת ההחזר הנקובה בכל סעיף.

האם קיימים  
כיסויים חופפים  
בביטוח  
המשלים של  
קופות החולים

חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.

**תמצית פרטי הפוליסה**

|   |                     |                                     |                                 |
|---|---------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| דמי הביטוח החודשיים בש"ח בגין רובד הבסיס ואופן תשלום דמי הביטוח:  |                     |                                     | עלות הביטוח                     |
| <b>סוג מבטח</b>   | <b>פרמיה חודשית</b> | <b>אופן התשלום</b>                  |                                 |
| עובד  | 95.00               | משולם ע"י המעסיק לא כולל תשלום שווי |                                 |
| בן/ת זוג ילד בוגר   | 130.00              | משולם משכר העובד                    |                                 |
| *ילד עד גיל 30 כולל   | 50.00               | משולם משכר העובד                    |                                 |
| גמלאי/ת בן/ת זוג של גמלאי   | 172.50              | אמצעי גבייה אישי                    |                                 |
| *ילד עד גיל 30 כולל. מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.  |                     |                                     |                                 |
| דמי הביטוח החודשיים בש"ח בגין הרובד המורחב ואופן תשלום דמי הביטוח:  |                     |                                     |                                 |
| <b>סוג מבטח</b>   | <b>פרמיה חודשית</b> | <b>אופן התשלום</b>                  |                                 |
| 0-20  | 30.00               | משולם משכר העובד                    |                                 |
| 21-40   | 80.00               |                                     |                                 |
| 41-55   | 69.00               |                                     |                                 |
| 56-65   | 59.00               |                                     |                                 |
| 66+   | 53.00               |                                     |                                 |
| (לפי המדד שפורסם ביום 15.11.2021)   |                     |                                     |                                 |
| דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי. |                     |                                     |                                 |
| מדי 18 חודשים מיום תחילת ההסכם תיתכן אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.   |                     |                                     | שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח |



| תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה  |  |   |                 |
|---|--|---|-----------------|
| רובד בסיס   |  |   |                 |
| פרק א' - השתלות בחו"ל וטיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל   |  |   |                 |
| שם הכיסוי   | תיאור הכיסוי   | מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע   | ההשתתפות העצמית |
| ביצוע השתלה בחו"ל<br>למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 3.1 או 3.6 או 3.7 עפ"י פרק ז' ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה. | השתלה לפי סעיף 1.3.<br>בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד.<br>סעיף 3.6 - פיצוי חד פעמי לפני ביצוע ההשתלה. | סעיף 3.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.<br>סעיף 3.1 - עד לסך של 5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.<br>סעיף 3.6 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ לפני ביצוע ההשתלה למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. | אין.            |
| טיפול רפואי מיוחד בחו"ל   | סעיף 1.2 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.  | סעיף 3.2 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.<br>סעיף 3.2 - עד לסך של 1,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.   |                 |
| גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה   | סעיף 3.8 לאחר ביצוע השתלה.<br>סעיף 3.8.3 במקרה של מועמד להשתלה המאושפז בבית חולים.   | סעיף 3.8 סכום חודשי בסך 6,000 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים, בגין ביצוע השתלה.<br>סעיף 3.8.3 - סכום חודשי בסך 5,000 ₪, לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולמשך תקופה של עד 12 חודשים מתאריך התחלת האשפוז.                 |                 |
| הערות   | חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.                                   |   |                 |

**פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות**

| שם הכיסוי                              | תיאור הכיסוי  | מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע   | ההשתתפות העצמית   |
|--|---|---|---|
| תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות | <p>סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופה מכוח 29 ג' לפקודת הרוקחים, או תרופות למחלה יתומה, או בדיקות גנטיות ו/או גנומיות כהגדרתן פרק זה.</p> | <p>סעיף 2.1 - סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 2,000,000 ₪ לכל תקופת ביטוח בת 2.5 שנים.<br/>                     סעיף 2.1 - עבור תרופה מכוח 29 ג' לטיפול במחלת הסרטן עד תקרה של 1,000,000 ₪ ועד תקרה של 500,000 ₪ לתרופה שאינה לסרטן.<br/>                     סעיף 2.3 - עבור בדיקות גנטיות ו/או גנומיות סכום ביטוח מרבי של 30,000 ₪.</p> | <p>150 ₪ למקרה ביטוח לחודש ועד 300 ₪ במקרה של כמה מרשמים.<br/>                     עבור תרופות לצורך טיפול במחלת הסרטן או תרופות שעלותן מעל 10,000 ₪ - לא תנוכה השתתפות עצמית.<br/>                     עבור בדיקות גנטיות ו/או גנומיות - השתתפות עצמית בגובה 15% ועד התקרה הנקובה בסעיף.</p> |
| הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה  | <p>סעיף 3.6 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה או תשלום ישירות לנותני השירות.</p>   | <p>עד לסך של 200 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 60 ימים.</p>   |   |
| הערות                                  | <p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>   |   |   |

| פרק ג' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל   |  |  |
|--|--|--|
| שם הכיסוי  | תיאור הכיסוי   | מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע  |
| הוצאות הקשורות בניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל | סעיף 1.4 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות הבאת מומחה מחו"ל ועוד.   | במקרה שאושר הניתוח מראש על ידי המבטח לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותאום הניתוח נעשה ישירות על יד המבטח, יכוסה הניתוח במלואו.<br>במקרה של ניתוח שבוצע ללא אישור מוקדם של המבטח, סכום השיפוי המרבי יהיה עד 200% מעלות הניתוח בארץ. |
| הוצאות שהייה   | סעיף 1.4.5 בפרק - הוצאות שהייה לתקופה של עד 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים.  | הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 700 ₪ ליום לכל יום שהייה.<br>במקרה של מבטח קטין הכיסוי יינתן לשני מלווים - עד 700 ₪ לכל יום שהייה.  |
| כיסוי להוצאות הטסת גופה                              | סעיף 1.4.3 בפרק הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל.   |  |
| הערות  | חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה. |  |

פרק ד' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן  
פרק זה יחול במקום פרק ח', אך ורק על מבטח אשר בחר להיות מבטח בכיסוי ביטוחי  
משלים לניתוחים

| שם הכיסוי  | תיאור הכיסוי  | מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע  |
|--|---|--|
| התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח                              | סעיף 1.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות   | סעיף 3.1 - כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.  |
| ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח | סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית  | כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח. |
| טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל   | סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח   | טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.   |
| הערות  | לתשומת לבך, חברות הביטוח משוקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח. |  |

פרק ה' - ייעוץ רפואי

| שם הכיסוי                             | תיאור הכיסוי  | מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע                   | אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) <sup>2</sup> | השתתפות עצמית     |
|---------------------------------------|---|---|--|-------------------|
| התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח | סעיף 1.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לרבות ולא רק גנטיקאי, פרמקולוג, פסיכיאטר בשנת ביטוח, רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון אחר המבוטחת והתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי). | כיסוי עד ל-600 ש"ח להתייעצות לשנת ביטוח למבוטח. | אין.   | 30% מההוצאה בפועל |
| הערות                                 | חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.  |   |  |                   |

<sup>2</sup>תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

| פרק ו' - כתב שירות "רופא מלווה אישי" |                  |   |
|--------------------------------------|------------------|---|
| תקופת<br>אכשרה                       | השתתפות<br>עצמית | תיאור הכיסוי  |
| 90 ימים                              | 380 ₪            | "רופא מלווה אישי" מאפשר למבוטח לקבל מידע בגין מקרים רפואיים מוגדרים, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למבוטח יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו אותו ואת בני משפחתו בתהליך, משלב האבחנה ועד 3 חודשים. |

| רובד הרחבה   |   |   |  |
|--|---|---|--|
| פרק ז' - פיצוי לאחר השתלה שבוצעה בחו"ל   |   |   |  |
| השתתפות<br>העצמית  | מה הסכום המקסימלי<br>שניתן לתבוע  | תיאור הכיסוי  | שם הכיסוי  |
| אין.   | סעיף 3.7 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה. | סעיף 3.7 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו. | ביצוע השתלה בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 3.1 או 3.6 בפרק א' או 3.7 בפרק ז' ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה. |
| חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה. |   |   | הערות  |

פרק ח' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מה"שקל הראשון"

| שם הכיסוי  | תיאור הכיסוי  | מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע  |
|--|---|--|
| התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח                              | סעיף 1.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות   | סעיף 3.1 - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.  |
| ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח | סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית  | ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח. |
| טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל   | סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח   | טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.   |
| הערות  | לתשומת לבך, חברות הביטוח משוקקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח. |  |

**פרק ט' - שירותים אמבולטוריים**  
**בפרק קיימים כיסויים נוספים על פי המפורט בתנאי הפוליסה**

| שם הכיסוי                                  | תיאור הכיסוי  | מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע                              | אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) <sup>3</sup> | השתתפות עצמית     |
|--|---|--|--|-------------------|
| התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח      | סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לרבות ולא רק גנטיקאי, פרמקולוג, פסיכיאטר בשנת ביטוח, רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון אחר המבוטחת והתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי). | כיסוי עד ל-1,200 ₪ להתייעצות ועד 2 סה"כ לשנת ביטוח למבוטח. | סעיף 5 - 90 יום.   | 20% מההוצאה בפועל |
| בדיקות רפואיות אבחנתיות                    | סעיף 3.3 לפרק - החזר בגין בדיקות אבחנתיות בכסף להפניית רופא מומחה בכתב.   | כיסוי עד 6,100 ₪ למבוטח לשנת ביטוח.                        | סעיף 5 - 90 יום  | 20% מההוצאה בפועל |
| טיפולים פיזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים | סעיף 3.6 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים לפי המלצת רופא אורתופד מומחה.  | כיסוי עד 20 טיפולים בשנת ביטוח ועד 275 ₪ לטיפול.           | סעיף 5 - 90 יום  | 20% מההוצאה בפועל |

<sup>3</sup>תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.



| השתתפות עצמית                            | אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) <sup>3</sup> | מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע  | תיאור הכיסוי  | שם הכיסוי                                  |
|--|--|--|---|--|
| 20% מההוצאה בפועל ועד התקרה הנקובה בסעיף | סעיף 5 - 180 יום   | עבור אבחון - כיסוי עד 2,500 ₪ לכל תקופת ביטוח.<br>עבור טיפול - עד 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים. | <p>סעיף 3.17 לפרק - החזר בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד.</p> <p>החזר בגין טיפולים בהתפתחות הילד, לילד מבוטח, בגין בעיות התפתחות שאובחנו ע"י רופא נירולוג מומחה או רופא מומחה להתפתחות הילד, לילדים מגיל 2-16. טיפול יעשה על ידי פסיכותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או טיפולים בתנועה ו/או באומנות ו/או רכיבה טיפולית ו/או הוראה מתקנת ו/או שחיה טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים.</p> | טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים |

| שם הכיסוי                    | תיאור הכיסוי  | מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע  | אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) <sup>3</sup> | השתתפות עצמית     |
|------------------------------|---|--|--|-------------------|
| בדיקות ושירותים לנשים בהריון | <u>סעיף 3.18</u> לפרק - החזר בגין בדיקות בהריון, כגון בדיקת חלבון עוברי, בדיקת שקיפות עורפית, סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר, בדיקת אקו לב של העובר ועוד כמפורט <u>בסעיף 1.4</u> . | כיסוי עד 4,000 ₪ להריון. בהריון מרובה עוברים עד 8,000 ₪, ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון כולל יעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההריון או לאחריו, עד לסכום של 2,100 ₪ לסיקור גנטי לפני הריון ועד 5,000 ₪ לבדיקות גנטיות במהלך ההריון או לאחריו. | <u>סעיף 5 - 180</u> יום  | 20% מההוצאה בפועל |
| טיפולים ברפואה משלימה        | <u>סעיף 3.23</u> - החזר בגין טיפולי רפואה משלימה כגון, אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, תזונה, היפנוזה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה ועוד.  | עד 190 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים לשנת ביטוח.  | <u>סעיף 5 - 90</u> יום   | 20% מההוצאה בפועל |
| הערות                        | חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.            |  |  |                   |

לפי מדד הפוליסה שפורסם ב-15.11.2021

#### מידע נוסף:

**סכומים 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.

לברור גובה תגמולי הביטוח האמורים הנכללים בתכנית הביטוח שברשותך, ניתן לפנות למוקד הראל, בטלפון \*הראל (2735\*) או באתר האינטרנט של החברה שכתובתו <http://www.harel-group.co.il/wps/portal>.

**התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.**

# פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית

## פרק מבוא - הגדרות ותנאים כלליים

### 1. הגדרות:

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח וכל הנספחים.

- 1.1 "החברה" או "המבטח" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 "בעל הפוליסה" - מקורות, לרבות חברות קשורות ו/או חברות בנות (בבעלות חלקית או מלאה) אשר רשומות בישראל ו/או המעסיקות עובדים בישראל. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, הצירוף יעשה בכפוף לבחינה ולאישור המחלקה המשפטית של החברה המבטחת ובכפוף לתקנות משרד האוצר לעניין בעל הפוליסה.
- 1.3 "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.4 "תאריך תחילת הביטוח" - 1.12.2021.
- 1.5 "תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף המבטח לביטוח זה.
- 1.6 "הסכם הביטוח" - הסכם הביטוח בתוקף מיום 1.12.2021 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית.
- 1.7 "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה לגבי המבטחים, כולל מבטחים חדשים שיצטרפו בחלון ההזדמנויות, תהא לפי תאריך תחילת תקופת הביטוח הנוספת, היינו 1.12.2021.
- 1.8 "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.9 "בית חולים ציבורי" - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.10 "בית חולים פרטי" - בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי המופעל כבית חולים פרטי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/ שר"ן ו/או קרנות מחקר למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן) עבורם תחול הגדרה לבית חולים פרטי כמפורט באותו הפרק.
- 1.11 "בית חולים שבהסכם" - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.8 ו-1.9 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.12 "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
- 1.13 "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.14 "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.15 "רופא מומחה" - רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.16 "מנתח הסכם" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל.
- 1.17 "מנתח אחר" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.18 "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.

- 1.19. **"רופא מרדים בהסכם"** - רופא מרדים כמוגדר בפרק זה, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.20. **"רופא מרדים אחר"** - רופא מרדים אחר כמוגדר בפרק זה, על פי בחירת המבטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.21. **"אשפוז"** - שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבטח.
- 1.22. **"נותן שירות בהסכם"** - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 1.23. **"אח/ות"** - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.
- 1.24. **"שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיורפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת להלן. **ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**
- 1.25. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.26. **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא.
- 1.27. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה מקנה למבטח זכות לתגמולי ביטוח.
- 1.28. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הליסינקי;
- 1.29. **"בדיקה פתולוגית"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.
- 1.30. **"יום אשפוז"** - שהייה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז למשך של פחות מ-24 שעות.
- 1.31. **"יועץ מלווה"** - היועץ (הרפואי) המלווה אשר ילווה את המבטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה הוא חברת פרש קונספט ד"ר אודי פרישמן ו/או מי מטעמו.
- 1.32. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבטח.

- 1.33. **"המבוטחים"** - עובדים אצל בעל הפוליסה (להם וותק של 24 חודשים בארגון), בני/בנות זוגם (כולל בני אותו המין) וילדיהם לרבות ילדים חורגים ומאומצים, לרבות ילדים של בני זוג מנישואין קודמים, לרבות ידועה/בציבור, גמלאים של בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם וילדיהם, לרבות ידועה/בציבור ושאינם של גמלאי שנפטר וילדיהם.
- 1.34. **"שב"** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- מבוטח שהוא עמית בתכנית שב", מסוג "כללית מושלם/פליטנום", "מגן זהב", "מאוחדת עדיף/שיא", "לאומית זהב" ויכול לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").
- מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ח' לפוליסה את הכיסוי עפ"י פרק ד' וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 7.1 להלן.
- 1.35. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.36. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.37. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט - 2009.
- 1.38. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.
- 1.39. **"ועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980, על תוספותיהן ותיקוניהן (1999).
- 1.40. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.
- 1.41. **"תקופת המתנה"** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מניין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחול זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשת בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.
- 1.42. **"גיל הפרישה המוקדמת"** - כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה התשס"ד-2004.
- 1.43. **"גמלאי"** - מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה: (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שציא לקצבה, במשך כל ימי חייו. (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיקות מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.
- 1.44. **"דמי הביטוח" או "הפרמיה"** - הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה על פי תנאי הפוליסה.
- 1.45. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק.
- 1.46. **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי הבריאות.

- 1.47. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי הסכם הביטוח של המבוטח.
- 1.48. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.49. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.50. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר במידה ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.51. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.52. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה"**.

## 2. אופן הצטרפות

- 2.1. מבוטחים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם, יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.
- 2.1.1. מועד תחילת הביטוח מבחינת המבוטחים בסעיף 2.1 לעיל, יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח הקודם אם היה כזה או מועד תחילת הביטוח הנוכחי אם לא היה למבוטחים באמצעות בעל הפוליסה ביטוח קודם. עובדים, גמלאים ו/או בני משפחה שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות, הצהרת הבריאות לרבות החרגות יהיו בתוקף 12 חודשים בלבד ממועד הצטרפותם להסכם הביטוח ובתנאי שההצטרפות תהיה בתוך חלון ההזדמנויות המפורט בסעיף 2 זה.
- 2.2. עובד חדש אצל בעל הפוליסה (לו וותק של 24 חודשים בארגון) או עובד שלא היה מבוטח בביטוח הקודם או עובד שחזר מחל"ת ובתנאי שבמועד תחילת ההסכם היה בחל"ת, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממשו את זכאותם תוך 120 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה (לאחר ותק של 24 חודשים בארגון) או תוך 120 יום ממועד תחילת ביטוח זה או 120 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת. מועד הצטרפותו לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרף להסכם הביטוח בפועל.
- 2.3. הזכאים להיות מבוטחים ע"פ הגדרת מבוטח בסעיף 2.2 לעיל ואשר לא היו מבוטחים בביטוח הקודם יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממשו את זכאותם תוך 120 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה או תוך 120 יום ממועד תחילת ביטוח זה או 120 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת או תוך 120 יום ממועד יציאתו לגמלאות.
- 2.4. עובד/ת שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/ה בתוך 120 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא

- תקופת אכשרה. מועד תחילת הביטוח למצטרפים על פי סעיף זה יהיה המועד בו הצטרפו להסכם ביטוח זה בפועל.
- 2.5. תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 120 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר ביניהם).
- 2.6. עובדים / גמלאים אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מפרקי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים / עובדים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום, המבטח יאשר/יודח את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 30 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.
- יובהר כי גמלאים ושאיירים לא יהיו זכאים להרחיב את הביטוח, אלא רק לבטל. גמלאים ושאיירים אשר ביטלו את הפוליסה לא יוכלו להצטרף אליה בשנית.
- 2.7. הזכאים להיות מבוטחים ע"פ הגדרת מבוטח בסעיף 1.34 לעיל יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף 2 זה, וזאת בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח.
- 2.8. יובהר כי גריעת מבוטח מרשימת המבוטחים ע"י בעל הפוליסה אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות בתום לב של שם מהרשימה, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועברו על ידי בעל הפוליסה תצהירים בכתב, המאשרים את העובדה שגריעתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב.
- 2.9. במידה והמבוטח נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות כרטיס אשראי / הוראת קבע אישית למבטח.
- 2.10. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא יגלה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 2.11. הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יאה המבטח רשאי לסייג חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתקבע ע"י המבטח לצד אותו מצב רפואי מסוים, לרבות בתקופות מחודשות. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 2.12. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 2.13. על אף כל האמור לעיל, עובדים ובני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, ואישור תשלום הפרמיה לשלושה חודשים אחרונים), יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפות לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על הכיסויים החופפים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן חרגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי.
- 2.14. מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים"). מבוטח אשר

בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ד' לפוליסה, את הכיסוי עפ"י פרק ח' וישלם את דמי הביטוח הנקובים להלן.

2.15. מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום יבוצע בתוך 21 ימים מיום קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח. למען הסר ספק, שולמו למבטח דמי ביטוח בטרם ניתנה החלטת המבטח כאמור, לא יהווה האמור ראייה להסכמה לקבלה לביטוח. קרה מקרה הביטוח בטרם נתן המבטח את החלטתו בדבר הקבלה לביטוח, באם לפי הוראות החיתום הקיימות אצל המבטח לגבי מבטחים בעלי מאפיינים דומים, המבטח היה מודיע למבטח על קבלתו לביטוח אלמלא קרה מקרה הביטוח, ישלם המבטח למבטח את סכום הביטוח בהתאם לכיסוי הביטוחי הקבוע בתכנית הביטוח. יובהר כי גמלאי שלא צורף לפוליסה בעת פרישתו ממקום העבודה אינו יכול להצטרף לפוליסה, המשכיות בפוליסה של גמלאי תהא ברצף ביטוחי בעת סיום העסקתו ובאותו המועד בלבד.

2.16. פחת מספר המבטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פיקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

#### 2.17. **צירוף מבטח - בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:**

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

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא תצרך החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו - "פרקי כיסוי") ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים 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.

(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

(א) ניתוחים;

(ב) תרופות;

(ג) השתלות;

(ד) מחלות קשות;



(ה) שיניים;  
(ו) תאונות אישיות.

### 3. תקופת הסכם הביטוח:

- 3.1. תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה 5 שנים, ותחילתה ביום 1.12.2021 (להלן: "המועד הקובע") וסיומה ביום 30.11.2026 (להלן: "תקופת ההסכם").
- 3.2. בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח.
- 3.3. במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, יתנהל משא ומתן בין הצדדים להארכת תקופת ההסכם, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, בתנאים זהים להסכם זה.
- 3.4. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה.
- 3.5. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

### 4. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים:

#### 4.1. תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, על כל נספחיהם, לגבי כל אחד מהמבוטחים, יחל בהתאם למאחר מהסעיפים הבאים:

- (א) עובד/ת - היום בו החל את עבודתו אצל בעל הפוליסה ונרשם בקובץ המבוטחים אצל בעל הפוליסה או במועד בו מילא טופס הצטרפות במידה ונדרש.
- (ב) יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- (ג) הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב, במקרה שבו נדרש מילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה.
- (ד) בהצטרפות וולונטרית של בני משפחה - בראשון לחודש העוקב לאחר מילוי טופס הצטרפות (לרבות הצהרת בריאות).

#### 4.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

- (א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים, במידה ולא המשיך להיות מבטח כגמלאי של בעל הפוליסה ולמעט במקרה המצוין בסיפא של סעיף 3.4 לעיל.
- (ב) בתום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף 4 לעיל.
- (ג) היום האחרון בחודש במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבטח בכתב, מסיבה כלשהי.
- (ד) לגבי מבטח שהוא ילדו של עובד, וכל עוד העובד מבטח בהסכם (ויובהר כי עובד לא חייב להיות מבטח כדי שבני משפחתו ימשיכו להיות מבוטחים) - 90 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל הקובע (כהגדרתו בפוליסה זו), ישלח המבטח הודעה לעובד לגביי הגעת הילד לגיל הקובע ועליית התעריף לפרמיה של ילד בוגר כהגדרתו בפוליסה זו. במידה ובחר העובד שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר - יוכל העובד ו/או הילד הבוגר להמשיך בביטוח פרט בהתאם לקבוע בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה.

## 5. ברות ביטוח (בעת שהייה בחו"ל):

5.1. מבוטחים שיצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, יהיו זכאים לבחור באחת משתי החלופות שלהלן:

5.1.1. **חלופה א':** לשלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל-50%

מדמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה אשר היו משולמים על ידו אם היה שווה בארץ. עם שובו של המבוטח ארצה יוכל לשוב לביטוח למעמד של מבוטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או בתקופת אכשרה, וזאת בתנאי שיודיע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא תוך 90 יום ממועד חזרתו ארצה, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים החל ממועד חזרתו ארצה.

5.1.2. **חלופה ב':** להמשיך ולשלם באמצעי גבייה אישי את דמי הביטוח החודשיים

הקבועים בהסכם ביטוח זה ואשר היו משולמים על ידו אם היה שווה בארץ. בזמן שהותו של המבוטח בחו"ל, יהא זכאי לכל השירותים הרפואיים המפורטים בהסכם הביטוח והפוליסה רק עם חזרתו ארצה או בעת שהותו בישראל.

## 6. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

6.1. במקרה בו הופסקה הפוליסה ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה מסיבת סיום יחסי עובד מעביד או גירושין, יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין כיסויים חופפים).

6.2. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם ביניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.

על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, עד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.

המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.

6.3. במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

6.4. היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.

6.5. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

6.6. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

7. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח:

7.1. דמי הביטוח הינם כמפורט להלן:

א. רובד בסיס:

| סוג מבוטח             | פרמיה חודשית בש"ח |
|-----------------------|-------------------|
| עובד                  | 95₪               |
| בן/בת זוג /ילד בוגר   | 130₪              |
| ילד עד גיל 30 כולל    | 50₪               |
| גמלאי/בן/בת זוג גמלאי | 172.5₪            |

\*ילד - עד גיל 30 כולל. ילד שלישי ואילך - חינם.

ב. רובד מורחב:

| גיל מבוטח | פרמיה חודשית בש"ח |
|-----------|-------------------|
| 0-20      | 30₪               |
| 21/40     | 80₪               |
| 41-55     | 69₪               |
| 56-65     | 59₪               |
| 66+       | 53₪               |

\*ילד - עד גיל 30 כולל. ילד שלישי ואילך - חינם.

7.2. גיל המבוטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (שנים גרגוריאניות) (להלן: "הגיל הקובע"). למען הסר ספק, לצורך חישוב דמי הביטוח חישוב הגיל יבוצע בשנים שלמות. לדוגמה: גיל 30 ו-10 חודשים יחשב כגיל 30.

7.3. בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל רובדי הביטוח ובגין כל העובדים/גמלאים בפנסיה מוקדמת ובני משפחתם ולמעט לגבי המבוטחים הגמלאים ובני משפחותיהם מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי המבטח באמצעות אמצעי גבייה אישי.

7.4. מבוטחים בפוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה הם נמצאים בחופשת לידה או בחל"ת בתנאי ששמן יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או משולמת פרמיה באמצעות גבייה אישית.

7.5. דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה-25 בכל חודש בגין החודש הקודם.

7.6. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "מדד הבסיס").

7.7. קביעת דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילד או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו, לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" -

7.7.1. לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

- 7.7.2. לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- 7.7.3. למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- 7.7.4. במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 7.7.5. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

## 7.8. התאמת דמי הביטוח

בכל שמונה עשרה (18) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה ("תקופת הבדיקה"). במידה ותידרש העלאת פרמיה, היא תחול החל מהחודש ה-19 וכן הלאה. התאמת הפרמיה הראשונה במידה ותידרש (לאחר 18 חודשים) תהא עד לתקרה של 25%.

## 8. הצהרות בעל הפוליסה

- 8.1. בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב שהוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 8.2. כי הינו תאגיד לגבי עובדיו ובני משפחותיהם או מעביד לגבי עובדיו ובני משפחותיהם, אף אם העובדים או הגמלאים אינם מבוטחים וכן בני משפחה של עובדים שנוטרו שמבטח ממשיך לבטחם; לעניין פסקה זו, "מעביד" - לרבות מבטח.
- 8.3. כי הינו בעל הפוליסה לגבי גמלאיו ובני/בנות זוגם וילדיהם, לרבות ידועים בציבור ובני זוג מאותו המין.

## 9. תגמולי ביטוח

- 9.1. המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 9.2. במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.
- 9.3. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות.
- 9.4. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

- 9.5. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.
- 9.6. נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.

## 10. תחלוף (סברוגציה):

- 10.1. משיולם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.
- 10.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלם את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 10.3. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

## 11. ביטוח כפלי:

- 11.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אך אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח, ובין אצל מבטח אחר.
- 11.2. בפוליסות שתגמולי הביטוח 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.

## 12. תביעות:

- 12.1. על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישור, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, יהא רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי.
- 12.2. המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.

- 12.3. המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים יגיש המבוטח למבטח העתקי קבלות להמציאם.
- 12.4. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח ועל חשבון המבוטח יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולת של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.
- 12.5. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:
- 12.5.1. ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 12.5.2. יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
- 12.5.3. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות. אם יידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
- 12.5.4. תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

### 13. חריגים כלליים:

- 13.1. המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ:
- 13.1.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, ותקופת אכשרה, במידה ומוגדרת תקופת אכשרה, בכל אחד מפרקי הפוליסה.
- 13.1.2. פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.
- 13.1.3. פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.
- 13.1.4. שימוש בסמים (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).
- 13.1.5. מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
- 13.1.6. טיפולי פוריות, עקרות, עיקור מרצון, ובדיקות שיגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 13.1.7. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא ייכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורתופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI

גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסתטי לתיקון צלקות לאחר כוויות, תאונות ניתוחים או שברים שנגרמו או בוצעו במהלך תקופת הביטוח כמו גם ניתוח לתיקון חך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רביה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.

13.1.8. טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של ועדת הלסינקי.

13.1.9. סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל 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 הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:

א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.

ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.

הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל-פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי (בכפוף להצגת הפוליסה), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הפרטי או הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים חופפים.

14. מתן מסמכים והודעות למבוטח - סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתית:

14.1. (א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוורה עליהם המפקח;

(ב) על אף האמור בתקנה משנה (א) לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין-

(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

(2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

(3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

14.2. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבוטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מההסכם שבין המבוטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

14.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבוטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן ההסכם שבין המבוטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבוטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח והתאמת דמי הביטוח.

14.4. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבוטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

14.4.1. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבוטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבוטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

14.4.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבוטח ובין אם אצל מבוטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות המשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

14.4.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

14.4.4. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבוטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

## 15. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח



לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

(ב) חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ג) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

## 16. תנאי הצמדה למדד:

16.1. כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:

16.1.1. "המדד" – משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.

16.1.2. "המדד היסודי" – מדד תחילת הפוליסה.

16.1.3. סכומי הביטוח הקובעים, וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה, צמודים למדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל.

16.1.4. דמי הביטוח, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכל לפי העניין, צמודים למדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע תשלום דמי הביטוח.

16.1.5. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל או המדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע התשלום, לפי העניין, לבין המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.

## 17. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

# פרק א': השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל

## 1. הגדרות:

- 1.1. "המרכז הלאומי להשתלות" - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
  - 1.2. "טיפול מיוחד בחו"ל" - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן.
    - 1.2.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.
    - 1.2.2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.
    - 1.2.3. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
    - 1.2.4. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראייה בעין אחת או שתי העיניים.
    - 1.2.5. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.
    - 1.2.6. הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.
  - 1.3. "השתלה" - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתת כירורגית או הוצאת מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תיחשב השתלה לעניין זה.  
"לתשומת לב המבוטח, כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:
    - (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;
    - (2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.
- ההגדרה של השתלה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

## 2. מקרה ביטוח:

- 1.1. צורך בביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו, בחו"ל.
- יובהר כי עבור מבוטחים שביטוחם היה בתוקף ביום 30.11.2021 והינם זכאים לכיסוי על פי תנאי הפוליסה הקודמת, מקרה הביטוח יהא ביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו, בחו"ל.
- 2.2. צורך בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

יובהר כי עבור מבטחים שביטוחם היה בתוקף ביום 30.11.2021 והינם זכאים לכיסוי על פי תנאי הפוליסה הקודמת, מקרה הביטוח יהא צורך בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

### 3. התחייבות המבטח:

בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל עפ"י הפוליסה להלן, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל), כמפורט להלן:

- 3.1 לעניין להשתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא.  
במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית בגובה 5,000,000 ש"ח. לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח - 2008.
- 3.2 לטיפול/ ניתוח מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים, אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא ואם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי עד 1,000,000 ש"ח.
- 3.3 השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו-3.2 יהיו בגין הוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן, כגון:
  - 3.3.1 תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל.
  - 3.3.2 הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות הוצאות חדר ניתוח. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרישי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
  - 3.3.3 שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;
  - 3.3.4 בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;
  - 3.3.5 שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;
  - 3.3.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.
  - 3.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 365 ימים לאחר ביצועם.
  - 3.3.8 תשלום עבור הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לשם ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל.
  - 3.3.9 הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.
- 3.4 הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:
  - 3.4.1 הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם - עד 210,000 ש"ח.
  - 3.4.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד 210,000 ש"ח.

- 3.4.3 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם - עד 1,000,000 ₪.
- 3.4.4 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, כולל לצורך ביצוע בדיקת הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד 25,000 ₪; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.4.5 הוצאות הסטה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד 100,000 ₪;
- 3.4.6 הוצאות לשהייה בחו"ל לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד עד 1,000 ₪ ליום, ובמקרה של מבוטח קטין - לשני מלווים עד 1,500 ₪ ליום, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, ולא יותר מ-200,000 ₪.
- 3.4.7 מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד סכום תגמולי ביטוח עד 100,000 ₪.
- 3.4.8 הוצאות לטיפולו המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד 200,000 ₪ במקרה של השתלה ועד 150,000 ₪ לטיפול המיוחד.
- 3.4.9 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.4.10 תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד 100,000 ₪.
- 3.4.11 תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, ועד לסכום של 30,000 ₪ למקרה ביטוח.
- 3.4.12 ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,000 ₪ בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.5 כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 3.4.1-3.4.10 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 3.4.4, 3.4.5, 3.4.7 - הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה.
- 3.6 תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:
- 3.6.1 מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי וכן יחתום על כתב סילוק רלוונטי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.

## הרחבה (סעיף 3.7 להלן) - הכיסוי יהיה בתוקף עבור מבטחים שרכשו את רובד ההרחבה

3.7. תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה

3.7.1. עבר המבוטח השתלה בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית), יקבל את הפיצוי המגיע לו ובלבד שחתם על תצהיר כי עבר את ההשתלה בכפוף להוראות חוזר ביטוח 2009-1-1 וכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה, יקבל המבוטח פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ש. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.

למען הסר ספק, המבוטח רשאי לקבל פיצוי עפ"י סעיף 3.6 או 3.7 ובכל מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.6 או 3.7, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו-3.4 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף 3.8 להלן.

3.8. גמלת החלמה לאחר השתלה:

3.8.1. עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבוטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי בגין שירותי סיוע בתפקוד הנדרשים לאחר השתלה בסך 6,000 ש החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים.

3.8.2. נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטח במימון ההשתלה.

3.8.3. גמלת החלמה למועמד להשתלה המאושפז בבית חולים:

מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצמי וקרנית) השווה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 5,000 ש בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולמשך תקופה של עד 12 חודשים מתאריך התחלת האשפוז.

תנאי לקבלת הגמלה על פי סעיף זה הינו קבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.

3.9. טיפול ניסיוני בחו"ל:

נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן, לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי - (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:

3.9.1. עלות איתור מוסד רפואי בו מבוצע ניסוי העשוי להתאים לצורכי המבוטח, מקום הניסוי, והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 50,000 ש.

3.9.2. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 40,000 ש למבוטח ומלווה אחד ועד 60,000 ש לשני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

- 3.9.3. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.
- 3.9.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין- שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 1,000 ₪ ליום למלווה ועד 1,500 ₪ לשני מלווים.

#### 4. תקופת אכשרה: אין.

# פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

## 1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **"תרופה"** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן למניעת כאב ואשר מופיעה ברשימת התרופות המאושרות.
- הגדרה **"תרופה"** נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 18-1-2015 **"הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות"**.
- 1.2. **"רשימת התרופות המאושרות"** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או היבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.3. **"טיפול תרופתי"** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.4. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.5. **"מרשם"** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם יועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.6. **"בית מרקחת"** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.7. **"מחיר מרבי מאושר"** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.8. **"השתתפות עצמית למרשם"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.9. **"רופא בית חולים"** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 1.10. **"מדינות המוכרות"** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- הגדרת המדינות המוכרות נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 18-1-2015 **"הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות"**.
- 1.11. **פרסום רשמי - אחד מהבאים:**
  - 1.11.1. פרסומי ה-FDA
  - 1.11.2. American Hospital Formulary Service Drug Information
  - 1.11.3. 1US Pharmacopoeia - Drug Information
  - 1.11.4. Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
    - א. עצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
    - ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.

- ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
- 1.11.5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
- א) NCCN
  - ב) ASCO
  - ג) NICE
  - ד) ESMO Minimal Recommendation

## 2. מקרה הביטוח:

2.1. צורך בנטילת תרופה עקב מצבו הרפואי של המבוטח עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.

יובהר כי עבור מבוטחים שביטוחם היה בתוקף ביום 30.11.2021 והינם זכאים לכיסוי לתרופה על פי תנאי הפוליסה הקודמת, מקרה הביטוח יהא נטילת אותה התרופה שהייתה מכוסה בתנאי הפוליסה הקודמת. **ההגדרה של התרופה המכוסה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 1-18-2015 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".**

מובהר כי אישור מכוח 29 ג' לפקודת הרוקחים (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התקופות לחולה ספציפי) ייחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לתרופות הנדרשות לטיפול בסרטן עד לתקרה של 1,000,000 ₪ ועד לתקרה של 500,000 ₪ לתרופה שאינה לסרטן.

2.2. תרופה למחלה יתומה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") תהווה אף היא תרופה המכוסה על פי תנאי פוליסה זו.

2.3. בדיקות גנטיות ו/או גנומיות:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא, בין אם קיימת ובין אם תהיה ידועה בעתיד, על רקמה ביולוגית ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתן סיוע בקבלת החלטה על טיפול למחלה לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ (להלן: "הבדיקה") ובלבד שהבדיקה כאמור בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. המבטח יישא כאמור בתשלום מלוא עלות הבדיקות הגנומיות ועד לסך של 30,000 ₪ בגין כל מקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 15% מסכום הבדיקות. יודגש, שכלל שדו"ח הבדיקה ימליץ על תרופה, אחת או יותר, לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאמור כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה בהתאם לתנאי פרק זה, בין אם היא רשומה להתוויה ובין אם לאו, והכל בהתאם למרשם הרופא.

## 3. חבות המבטח ותגמולי הביטוח:

3.1. המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית בגובה 150 ₪ למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים



- אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמיון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.
- 3.1.1. במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על 300 ש"ח.
  - 3.1.2. על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ש"ח לחודש.
  - 3.2. במקרה וקובל המבוטח את התרופה משב"ן ושלם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.
  - 3.3. המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.
  - 3.4. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.
  - 3.5. סכום הביטוח המרבי למבוטח שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד 2,000,000 ש"ח לכל תקופת ביטוח בת 2.5 שנים.
  - 3.6. המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום הנקוב 200 ש"ח ליום ועד 60 יום.
4. בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי המבטח לא יהא חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
    - 4.1. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר תכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.
    - 4.2. תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.
    - 4.3. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות ואין אונות.
    - 4.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
    - 4.5. טיפול בוויטמינים ו/או בתוספי מזון.
    - 4.6. טיפול תרופתי מניעתית למחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או לצהבת מסוג C (Hepatitis C) ו/או לצהבת B (Hepatitis B).
    - 4.7. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
  5. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל:
 

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.
  6. תקופת אכשרה: אין.
  7. ההגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 - 'הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות'.

# פרק ג': כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

## 1. הכיסוי הביטוחי

1.1.1. **מקרה הביטוח:** ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.

1.1.1.1. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירנית (Invasive Procedure) החודרת דרך

רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמו כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת פניה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים ייחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי ייחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבצע בעתיד. **ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

1.1.1.2. **"תחליף ניתוח"** - טיפול רפואי אשר בא לתחליף הניתוח לו זקוק מבוטח

ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבוטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, ב. רופא מטעם המבוטח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול, ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בחו"ל.

1.2. אושר הניתוח מראש על ידי המבטח לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותאום הניתוח נעשה ישירות על יד המבטח, יכוסה הניתוח במלואו. בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מידי וימסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא והפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ובוצע הניתוח ללא אישור מוקדם של המבטח סכום הכיסוי המרבי יהיה עד 200% מעלות הניתוח בארץ.

1.3. **הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח,

ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח באורח מלא וישיר עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתל, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תיידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי

של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז במלואו במידה ויבוצע הניתוח / מחליף הניתוח באמצעות ספקי הסכם של המבטחת או עד 200% מעלות הניתוח או מחליף הניתוח בארץ.

1.4. **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:

1.4.1. **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:** במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/מחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד 85,000 ש"ח. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מ ישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים, מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

1.4.2. **כיסוי להוצאות טיסה ושהייה בחו"ל:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה (טיסה סדירה במחלקת תיירים) והשהייה של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים), לכל תקופת האשפוז ואת הוצאות הטיסה של המבוטח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 700 ש"ח לכל יום שהייה, לא יותר מ-21 ימים ועד לתקרה של 25,000 ש"ח בסך הכל.

1.4.3. **כיסוי להוצאות הטסת גופה:** המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.

1.4.4. **כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:** מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל.

1.4.5. **כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח:** בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות השהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין- שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 700 ש"ח לכל יום שהייה.

1.4.6. **פיצוי חד פעמי - בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח**

נפטר חו"ח המבוטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה עפ"י פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) כתוצאה ישירה מהניתוח האמור, תשלם החברה ל יורשיו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצוי חד פעמי בגובה 200,000 ש"ח.

## 2. חריגים מיוחדים לפרק זה:

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

- 2.1. ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים.
  - 2.2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם טיפולי כימותרפיה,
  - 2.3. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה מכל סוג וטיפולים פארא רפואיים, כגון פיזיותרפיה, הידרותרפיה או ריפוי בעיסוק.
  - 2.4. הזלפות והזרקות לעור או לתת עור בניתוח. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה או לאיברים פנימיים לא ייכללו במסגרת חריג זה.
- תקופת אכשרה: 90 יום.

## פרק ד': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

(לבעלי שב"ן - כללית מושלם/פליטנום, מגן זהב, מאוחדת עדיף/שיא, לאומית זהב) פרק זה יחול במקום פרק ח', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים כמפורט בסעיף 1.36 בתמורה לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 7.1 לפוליסה זו

### 1. הגדרות:

- 1.1. **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.2. **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3. **"ניתוח"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: פעולה פולשנית - חדירנית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4. **"מרפאה כירורגית פרטית"** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5. **"בית חולים פרטי"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
אחד מאלה:
  - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
  - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.6. **"קופת חולים"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994
- 1.7. **"רופא מומחה"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8. **"שתל"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9. **"תקופת אכשרה"**

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה,

תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

## 2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין.

## 3. הכיסוי הביטוחי:

בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

3.2. שכר מנתח.

3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.

3.4. טיפול מחליף ניתוח-

וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il). כיסוי זה לא ישלול מהמבטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבטח לטיפול נוסף.

**יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו-3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולמו למבטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי נותני שירות שבהסדר כאמור.** יובהר כי במקרה ששילם המבטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

## 4. תגמולי ביטוח:

**הסדר ניתוח** - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

**הסדר התייעצות** - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולמו על ידי החברה או על ידי המטופל.

בקרות מקרה ביטוח החברה המבטח יהיה זכאי כדלקמן:

4.1. בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, עבור ניתוחים פרטיים בישראל ובלבד שבוצע באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

4.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנוטני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

4.3. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

## 5. ברות ביטוח:

5.1. הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן") ו/או קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי סעיף 4.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

## 6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.  
החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

6.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה

6.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.

6.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

(א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

(ב) ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

6.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;

- 6.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 13.1.10 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

## 7. תקופת אכשרה:

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

## פרק ה': ייעוץ רפואי

### 1. ייעוץ רפואי והתחייבות המבטח:

1.1. **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין התייעצות אחת אצל רופא מומחה לרבות ולא רק גנטיקאי, פרמקולוג, פסיכיאטר בשנת ביטוח, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצות עד תקרה של 600 ש"ח ובהשתתפות עצמית של 30% מעלות התייעצות הכוללת של התייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפיו רק בגין חלק מעלות התייעצות יקוזז הסכום עליו ויתר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון אחר המבוטחת והתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי.



## פרק ו': כתב שירות - "רופא מלווה אישי"

המנוי יהיה זכאי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים בפוליסה ולתנאים שלהלן.

כתב שירות זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה.

### השירות

רופא מלווה אישי מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למנוי המתמודד עם מצב רפואי או מחלה על פי המוגדר להלן יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו אותו ואת בני משפחתו בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות משלב האבחנה ובמשך הטיפול הרפואי וההחלמה למשך 3 חודשים וכל זאת בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות להלן.

### א. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצדמ:

1. "החברה" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
2. "מנוי" - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
3. "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
4. "דמי מנוי" - הסכום בגין כתב שירות זה שעל המנוי לשלם לחברה, על פי תנאי כתב שירות זה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
5. "ילד" - ילד/ה עד גיל 21 אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי.
6. "הספק" - הגוף עמו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה, אשר פרטיו מפורטים בדף פרטי הביטוח.
7. "רופא" - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.
8. "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.
9. "ממייין ראשי" - אחראי על אישור זכאות המנוי לשירות, על פי מצבים רפואיים כמפורט בכתב השירות.
10. "מנהל רפואי אישי" - רופא בעל תואר מומחה ברפואה פנימית עמו התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
11. "אחות" - אחות שהוסמכה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.

12. "עובד/ת סוציאלית" - עו"ס שהוסמך/ה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן שירותים המפורטים בכתב שירות זה.
13. "מתאם/ת שירות" - אדם שעבר הכשרה מתאימה לתפקיד מתאם/ת שירות. מתאם/ת השירות מקיים/ת את התקשורת השוטפת עם המנוי בכל הקשור לשירות כמפורט בכתב שירות זה.
14. "מצב רפואי" - מערכת נסיבות רפואיות הקיימת בגוף המנוי, עקב מחלה או תאונה.
15. "מקרה רפואי" - מצב רפואי המתואר בכתב שירות זה אשר קיומו מקנה למנוי זכות לקבלת השירות כמתואר ומפורט בכתב שירות זה.
16. "ליווי רפואי" - בדיקת שלמות תהליך הטיפול הרפואי למנוי.
17. "אבחנה" - מסקנה סופית של רופא המתייחסת למצב רפואי מסוים, המוסקת לאחר לקיחת אנמנזה (פרטים שמוסר המנוי על מצבו הרפואי), היסטוריה רפואית, בדיקה רפואית, ובדיקות נוספות במידת הצורך.
18. "מצב רפואי כרוני" - מצב רפואי שאינו ניתן לריפוי, אשר תסמיניו מופיעים ומתפתחים על פני תקופה של 90 יום לפחות.
19. "מצב רפואי חריף" - מצב רפואי בעל תסמינים המופיעים באופן פתאומי, במהירות ובעוצמה.
20. "תקופת שירות" - על פי צורך רפואי ועד 90 יום רצופים מיום פתיחת קריאה של שירות ותשלום דמי ההשתתפות העצמית כמפורט בפרקי השירות השונים.
21. "מוקד השירות" - שירות טלפוני שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.
- מספר הטלפון של מוקד השירות של הספק עבור מנויי הראל הוא: 5226 \***
22. "המועד הקובע" - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
23. "תקופת אכשרה" - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי מהמועד הקובע ותסתיים בתום 90 יום. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לכתב השירות מחדש, בתקופות בלתי רצופות. **הספק לא יספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה למעט שירותים הנדרשים עקב תאונה.**
24. "השתתפות עצמית" - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו בעת קבלת שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק לפי קביעת הספק ובשום מקרה ואופן לא באמצעות החברה.
25. "מקרה רפואי דחוף" - שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי המחייב פנוי למיון ו/או אשפוז.
26. "שנת ביטוח" - כמפורט בתנאי הפוליסה.

## ב. היקף השירותים:

שירות זה מאפשר למנוי לקבל מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, לפני ובעת טיפול רפואי והחלמה ממצב רפואי.

### השירות כולל:

1. מינוי רופא מומחה אשר ישמש כמנהל רפואי אישי. המנהל הרפואי האישי יפעיל צוות פרא-רפואי הכולל אחות ועובדת סוציאלית על פי שיקול דעתו.
2. ריכוז וסקירת התיק הרפואי (Intake) כולל הערכה ראשונה של המקרה הרפואי על ידי המנהל הרפואי האישי.
3. פגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי. פגישות אישיות נוספות ייקבעו בהתאם לצורך רפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות לא יעלה על 4 פגישות אלא אם קיים צורך רפואי מהותי אשר מצדיק פגישות נוספות.
4. הפניית התיק הרפואי להתייעצות נוספת על פי צורך ובהחלטת המנהל הרפואי האישי לרופא מומחה בתחום הרלוונטי בארץ או בהעדר ידע או ניסיון מספק בארץ, למומחה בתחום במדינה אחרת בעולם.
5. מתן מידע אובייקטיבי במהלך הפגישות כאמור התומך בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות ואשר יצוין בדו"ח הרפואי המסכם כמפורט בסעיף 12 להלן.
6. המלצה לפניה לגורמים רפואיים ופרא רפואיים מתאימים להמשך ייעוץ/טיפול. יובהר כי התשלום בגין ייעוץ/טיפול שהמנוי הופנה אליו על ידי הספק כאמור לעיל, הינו על חשבון המנוי.
7. שיחות טלפוניות לתיאום עם הגורמים הרפואיים המטפלים במנוי.
8. ליווי למקרה רפואי על ידי מתאם/ת השירות ו/או הצוות הרפואי והפרא-רפואי.
9. ייעוץ למנוי במהלך אשפוז ו/או אחריו כולל ביקור באשפוז ו/או ביקור בית לאחר טיפול פולשני/ניתוח על פי צורך ובהתאם לשיקול דעתו הבלעדי של המנהל הרפואי האישי.
10. ליווי וייעוץ על ידי אחות בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם האחות לא יעלה על 4 פגישות.
11. ליווי על ידי עובד/ת סוציאלית/ת בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם עובדת סוציאלית לא יעלה על 4 פגישות.
12. סיכום כל המסמכים הרפואיים לידי דו"ח רפואי מסכם על ידי המנהל הרפואי האישי, הכולל המלצות להמשך טיפול ומעקבים רפואיים, תוך 7 ימים ממועד סיום תקופת השירות בגין המקרה הרפואי.
13. מוקד שירות טלפוני באמצעותו תיפתח קריאת שירות למנויים ובדיקת השתייכותם לכתב השירות וכן טיפול שוטף בפניות המטופלים. המוקד יפעל 24/7 למקרים דחופים הכוללים קבלת הודעות על שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי ובכלל זה פינוי המנוי לבית חולים ו/או אשפוז.

עבור כל מקרה רפואי לניהול יישלם המנוי השתתפות עצמית של 380 ₪. המנוי יהיה זכאי לקבל שירותים כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שתיקבע עפ"י הצורך הרפואי ושלא תעלה על 90 יום מיום אישור הזכאות על ידי הממין הראשי כמפורט בפרק ג' להלן.

ניתן יהיה להאריך את תקופת השירות האמורה, באישור המנהל הרפואי האישי ובכפוף לאישור הספק במקרים בהם קיים צורך רפואי המחייב הארכה של התקופה. הארכת התקופה תיחשב כהארכה של אותו מקרה רפואי והמנוי יחויב בדמי השתתפות נוספים בתאום עם המנוי.

בכל מקרה, המנוי לא יהיה זכאי לקבל שירות לפי כתב שירות זה ליותר מאשר מקרה רפואי אחד במהלך שנת ביטוח. אם במהלך תקופת השירות התגלה מקרה רפואי נוסף ו/או סיבוך של המקרה הרפואי הקיים, ייחשב המקרה כמקרה רפואי אחד.

יובהר כי בכל מקרה הספק ו/או החברה אינם מחויבים בהתאם לכתב שירות זה להעניק למנוי כל שירות רפואי בפועל או מימונו של שירות רפואי כאמור, בין אם זה נדרש או הומלץ על ידי המנהל הרפואי האישי ובין אם לאו, למעט השירותים המפורטים בסעיף זה לעיל.

## ג. אופן קבלת השירותים:

1. יובהר כי התנאים לקבלת השירותים הנם כי ברשות המנוי פוליסת בריאות תקפה של החברה, תמה תקופת האכשרה בכתב השירות, המנוי לא קיבל שירות בשנת הביטוח בה הוא מבקש את השירות, הספק אישר שהמקרה הרפואי נכלל בכתב שירות זה ובוצע תשלום דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי.

2. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות למוקד השירות של הספק.

3. נזקק מנוי לשירות על פי כתב שירות זה, יפנה, הוא או נציגו, טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו או ימסור את שם המנוי, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו ופרטים נוספים ככל שיתבקש.

בהתאם להנחיית נציג השירות יעביר המנוי את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה הרפואי וככל שיש כאלה כמפורט להלן: סיכומי אשפוזים, תוצאות ופיענוחים של בדיקות, סיכומי מחלה, ייעוציים רפואיים, טיפולים, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, תשובות פתולוגיות ו/או כל מסמך רפואי אחר.

**קבלת מסמכים אלו הנה תנאי מוקדם למתן השירות כמפורט בכתב שירות זה.** כמו כן, רשאי המנהל הרפואי האישי לבקש מהמנוי מעת לעת העתקי מסמכים רפואיים נוספים.

4. הממין הראשי יבחן את המקרה הרפואי על פי כתב השירות בהסתמך על המסמכים הרפואיים שהתקבלו מהמנוי ויצוות למנוי מנהל רפואי אישי ומתאמת שירות.

5. הודעה על אישור/אי אישור הזכאות לשירות תימסר למנוי לא יאוחר מ-3 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה ע"י הספק.

6. רק לאחר אישור הזכאות לשירות, יבוצע חיוב בפועל של דמי ההשתתפות העצמית.

## 7. על המנוי לשלם השתתפות עצמית לצורך קבלת השירות.

8. משך השירות - בגין מקרה רפואי שאושר, יהיה זכאי המנוי לשירות כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שלא תעלה על 90 יום מיום אישור המקרה על ידי הממין הראשי. קבע המנהל הרפואי האישי כי קיים צורך רפואי להאריך את השירות לתקופה נוספת של 90 יום, יתאפשר הדבר בכפוף לאישור הספק **ובתשלום נוסף וזהה** של השתתפות עצמית.

9. מוקד השירות יהיה פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ערב יום הכיפורים החל מהשעה 14:00 ועד חלוף שעתיים משעת סיום צום יום הכיפורים.

10. לפגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי יגיע המנוי למקום בכוחות עצמו ועל חשבונו.

11. הספק מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף ג' על תת סעיפיו לעיל.

12. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד - למעט יהודה, שומרון וחבל עזה.

13. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.

ד. זכאות לקבלת השירותים

מנוי יהיה זכאי לקבל שירות זה באם הינו עומד באחד מהקריטריונים הבאים:

1. מקרה רפואי ללא אבחנה:

מצב רפואי ללא אבחנה, אשר תהליך הביורור והייעוץ הרפואי במטרה להגיע לאבחנה רפואית החל לפחות 90 יום לפני הפנייה לשירות. על תהליך הביורור לכלול ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית ולפחות בדיקה אחת רלוונטית מתוך הרשימה להלן: בדיקת הדמיה (בדיקות כגון CT, MRI וכדומה ולא רק צילום רנטגן רגיל), ו/או בדיקות פולשניות, ו/או בדיקות מעבדה מורכבות (לא כולל בדיקת דם, צואה ושתן שגרתיות) ו/או בדיקות עזר נוספות. מצבים רפואיים ללא אבחנה אשר תסמיני המחלה אינם ספציפיים (דוגמת עייפות וכאבי שרירים כלליים) וסימני המחלה אינם באים לידי ביטוי בבדיקות הדם ו/או בבדיקות ההדמיה ולאחר שהספק ויודא שהמנוי ביצע את כל הבדיקות שהיה צריך לבצע בנסיבות המצב הרפואי, לא יטופלו במסגרת כתב שירות זה.

למען הסר ספק יובהר כי במקרה זה החברה ו/או הספק אינם מתחייבים להגיע בסופו של התהליך לאבחנה רפואית ברורה או סופית.

2. מקרה רפואי עם אבחנה באחת מן הקטגוריות הרפואיות הבאות:

המנוי יהיה זכאי לקבל שירות אם מצבו הרפואי עונה על המצבים הרפואיים שלהלן ועל פי התנאים המוקדמים המצוינים לצד אותה מחלה, אם צוינו:

2.1.1. סרטן (Cancer):

2.1.1.1. נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחוזרים ומתפשטים לרקמות הסביבה ו/או לרקמות אחרות.

2.1.1.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות עור מסוג: Hyperkeratosis, Basal Cell Carcinoma למעט BCC חוזר או התפשט לאיברים אחרים.

ב. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת AIDS.

2.2. מחלות כבד חריפות או כרוניות:

2.2.1. קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על הכבד וגורמים לפגיעה בו ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה או התפקוד). מחלת כבד אשר בגינה יינתן שירות במסגרת כתב שירות זה יכולה להיות בעלת אופי חריף או כרוני.

2.2.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלת כבד כתוצאה מאלכוהוליזם

**ב. אי ספיקת כבד (Fulminant Hepatic Failure)** שמשמעותה אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או התלקחות של מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי הכבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות והמאופיינות על ידי כל הסימנים הבאים: הקטנה של נפח הכבד, נמק ממושט בכבד, המותיר רק שת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה, ירידה חדשה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7, צהבת - מעמיקה, אנצפלופטיה כבדית, דמום בלתי נשלט.

### 2.3. מחלות כליות:

קבוצה של מצבי תחלואה שונים אשר משפיעים על הכליה וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה או התפקוד). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת כליות בעלת אופי כרוני בלבד.

### 2.4. מחלות גסטרו-אנטרולוגיות כרוניות:

קבוצת מצבי תחלואה כרוניים המשפיעים על התפקוד של מערכת העיכול. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות לתחלואה המערבת את הקיבה, המעי והאיברים הנלווים כולל וושט, כבד, כיס מרה ולבלב, מחלה גסטרו-אנטרולוגית אשר הינה בעלת אופי כרוני בלבד.

על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

### 2.5. מחלות לב ומחלות וסקולאריות כרוניות:

מחלות לב וכלי דם כרוניות הפוגעות במערכת הלב (מחלות לב, מחלות לב כליליות), כלי הדם, כולל עורקים, ורידים וכלים לימפאטיים. המנוי יהיה זכאי לשירות כמפורט בכתב שירות זה לאחר בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

מנוי המועמד לניתוח לב אלקטיבי הכולל ניתוח מעקפי לב (CABG), לניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב - (Surgery for Valve Replacement or Repair) ו/או לניתוח אבי העורקים ו/או צנתור לב יהיה זכאי לשירות כמפורט בכתב שירות זה ללא תנאי מוקדם להתייעצות אצל שני רופאים מומחים כאמור לעיל.

### 2.6. מחלות נירולוגיות ופרוצדורות פולשניות של מערכת העצבים המרכזית וההיקפית:

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת העצבים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה, ההולכה החשמלית או התפקוד).

במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה נירולוגית בעלת אופי חריף או כרוני ובתנאי שהנה בעלת אופי הפוגע בתפקוד בדרגה בינונית וחמורה לפי 2 NRC ומעלה או 3 EDSS ומעלה במקרה של טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis).

### הפרוצדורות הפולשניות בהגדרה זו כוללות:

א. ניתוחי עמוד שדרה כולל טיפול בגידולים של חוט השדרה, פריצות דיסק בעמוד השדרה, ייצוב עמוד שדרה וטיפול בהצרויות בעמוד שדרה.

ב. רדיוכירורגיה: טיפול בגידולי מוח תוך קרינה ממוקדת.

ג. ניתוחי היפופיזה.

ד. ניתוחי מוח שפירים וניתוחי בסיס הגולגולת.

ה. טיפולים במומי כלי דם ומפרצות מוחיות, טיפולים כירורגיים, טיפולים אנדווסקולאריים, צנתורי מוח.

- ו. ניתוחי אפילפסיה.
- ז. נירוכירורגיה אנדוסקופיה.
- ח. ניתוחים לטיפול בפגיעות ראש ועמוד שדרה.
- 2.7 מחלות אורתופדיות:**
- 2.7.1 קבוצה של מחלות שונות או פגיעות בעצמות, במפרקים, בשרירים ו/או בגידים אשר גורמות לכאב שלא נשלט ע"י טיפול תרופתי ופיזיותרפיה. על תהליך הבריור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.
- 2.7.2 **מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:**
- א. **מחלות אורתופדיות שהמנוי נמצא בטיפול באשפוז בגיבן פחות מ-21 יום, במועד הפנייה לשירות**
- ב. **מצבים רפואיים בתחום האורתופדיה אשר הינם פועל יוצא מחבלה או טראומה וטרם עברו בעת הפנייה לשירות לפחות 90 יום מהחבלה ו/או הטרומה.**
- 2.8 **ניתוחים כירורגיים (פולשניים) חוזרים עקב אי הצלחה בניתוח ראשון:**
- פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) חוזרת, עקב כישלון מלא או חלקי של הפעולה הראשונה, החוזרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון של פגם או עיוות אצל המנוי.
- 2.9 **מחלות דם (מחלות המטולוגיות):**
- קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על רמות ומרכיבי הדם השונים (התאי וההמוורלי) וגורמים לפגיעה בו בצורות שונות. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת דם בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבריור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.
- 2.10 **מחלות ראומטולוגיות:**
- קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת הפרקים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (פרק, מפרק או תפקוד). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה ראומטולוגית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבריור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.
- 2.11 **מחלות מטבוליות:**
- קבוצה של מצבי תחלואה שונים, תורשתיים וכרוניים, הנובעים מפגיעה בגן הבודד או במספר גנים קטן (Metabolism) Inborn Error והגורמים לפגיעה ביכולת האנרגטית, או ביכולת הבניה ו/או הפירוק של אבני הבניין של התא, או פגיעה מיטוכונדרילית.
- 2.12 **מחלות אנדוקריניות:**
- 2.12.1 קבוצת מצבי תחלואה שונים המערבים איברים ובלוטות אשר אחראיים על ייצור, אגירה והפרשה של הורמונים המסייעים בשימור ושליטה על תפקודים חיוניים. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה אנדוקרינית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני.
- על תהליך הבריור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.12.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. סוכרת.

ב. קומה נמוכה.

ג. מחלות אנדוקריניות המשפיעות על הפוריות בלבד.

2.13. מחלות ופרוצדורות פולשניות באף, אוזן וגרון (א.א.ג.):

2.13.1. קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים וגורמים לפגיעה ברמות

השונות של חלל האף והסינוסים, האוזניים, הפה, הלוע והגרון, אזורי ראש צוואר ובסיס הגולגולת.

ניתוחים ופרוצדורות להסרת גידולים שפירים וממאירים באזורי בסיס הגולגולת, הראש, הצוואר וקנה הנשימה, ניתוחים שחזוריים שאינם למטרות יופי ואסתטיקה, ניתוחי אוזניים, ניתוחי שחזור שמיעה, ניתוחים אנדוסקופים של האף ומערות הפנים, ניתוחים אנדוסקופים של הושט העליון, ניתוחי מיתרי קול ושחזור הדיבור.

מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. ניתוחי כפתורים באוזניים.

ב. ניתוחי נחירות.

ג. ניתוחים למטרות יופי ואסתטיקה.

2.14. מחלות עור:

2.14.1. קבוצה של מצבי תחלואה הפוגעים בעור. במסגרת כתב שירות זה יינתן

שירות למקרה של מחלת עור בעלת אופי כרוני בלבד. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

כמו כן, על תהליך הבירור, הייעוץ והטיפול הרפואי להתחיל לפחות 9 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.14.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. אקנה.

ב. פטרת עורית (חיצונית).

ג. נשירת שיער.

ד. מחלות מין.

2.15. מחלות בתחום הגניקולוגיה והמיילדות:

2.15.1. קבוצת מצבי תחלואה בתחום בריאות האישה המערבות את מערכת

המין הנשית. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מקרה של מחלה גניקולוגית בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית. על תהליך הבירור והייעוץ הרפואי להתחיל לפחות 6 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.15.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

בעיות פוריות ועקרות של הגבר והאישה למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.

2.16. מחלות אימונולוגיות:

קבוצה של מצבים ומחלות כרוניות הפוגעות במערכת החיסון שעיקרן חסרים אימוניים (נרכשים או מולדים) ומחלות אוטו-אימוניות.



## 2.17. מחלות ריאה:

קבוצה של מצבי תחלואה שונים הגורמים לפגיעה בריאה בצורות שונות ומשפיעים על תפקודי הריאה השונים (נפחים, זרימות ואחרים). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלת ריאה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

## 2.18. מחלות זיהומיות:

קבוצה של מצבי תחלואה שונים הנגרמים על ידי גורמי מחלה (פתוגנים) שונים (וירוסים, חיידקים, טפילים ואחרים) בעלי מהלך ממושך של 21 יום לפחות (מתחילת הבירור של המחלה). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלה זיהומית בעלת אופי חריף או כרוני. מקרה רפואי יכלול מחלה זיהומית בעלת מהלך של 21 יום לפחות ו/או סיבוך של מחלה זיהומית קיימת/קודמת.

## 2.19. מחלות עיניים:

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המצריכים פרוצדורות ניתוחיות חוזרות הגורמים לפגיעה במרכיבי העין השונים (כגון רשתית) ומשפיעים על תפקודי הראייה השונים (למשל, חדות וחדות ראייה). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלות עיניים בעלות אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

## 2.20. מחלות יתומות:

מחלות נדירות, המשפיעות על אחוז קטן מאוד מהאוכלוסייה ואשר אושרו על ידי ארגון הריאות העולמי כמחלות יתומות (Orphan Diseases).

## 2.21. תחלואה משולבת:

תחלואה הנובעת משילוב של מספר מחלות אשר הטיפול בהן דורש גישה רב-תחומית (מולטידיסציפלינרית) עם תיאום בין לפחות שני רופאים מומחים בתחומי התמחות שונים.

## 2.22. מחלות ופרוצדורות בתחום רפואת הילדים:

2.22.1. בנוסף לכל האמור לעיל בקטגוריות הרפואיות השונות, בתחום של רפואת ילדים מקרה רפואי יכלול בנוסף את המצבים הרפואיים הבאים:

א. ניתוחים אלקטיביים. ניתוח אלקטיבי משמעותו שהצורך בו צפוי, ואשר קבלתו של המנוי לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח לא נעשה באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא בהפניה על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

ב. מחלות כרוניות בילדים.

ג. מחלות על רקע גנטי.

ד. מומים מולדים.

ה. מחלות/אבחנות פסיכיאטריות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי בירור וטיפול וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.

ו. הפרעות התפתחות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי בירור וטיפול במכון להתפתחות הילד וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.

ז. בעיה רפואית במסגרת אשפוז של למעלה מ-21 ימים רציפים לכל מקרה רפואי.

ח. בעיה רפואית הנובעת מסיבוך של ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אשפוז.

ט. אטופיק דרמטיטיס בדרגה בינונית ומעלה

2.22.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות ריאה ילדים:

אסטמה, אלא אם מדובר במהלך מחלה לאחר ייעוץ על ידי שני רופאים מומחים למחלות ריאה לילדים, ללא איזון המחלה.

ב. מחלות גסטרואנטרולוגיות ילדים: מחלת כשל בשגשוג הילד (failure to thrive), הפרעות אכילה (דוגמת בולימיה, אנורקסיה).

ג. הפרעות קשב וריכוז.

ד. ניתוח כפתורים באוזניים.

ה. ניתוחי בקע - Hernia.

ו. כל המקרים הרפואיים בפגים במהלך אשפוז ו/או ובמהלך 6 החודשים הראשונים לחייהם, הארוך מבין השניים.

2.23. מקרה רפואי באשפוז של יותר מ-21 ימים רציפים:

2.23.1. מצבים רפואיים במסגרת אשפוז של 21 ימים רציפים לפחות בהם אין אבחנה ברורה ו/או קיימת מחלוקת בשיטת הטיפול (שמרני/ניתוחי או אחר).

2.23.2. מקרה רפואי אינו כולל כל אחד מאלה:

מצבים רפואיים אשר בעת הפנייה לשירות המנוי הינו מאושפז במצב סיעודי ו/או סופני.

2.23.3. בעיה רפואית הנובעת מסיבוך של ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אשפוז

2.24. חריגים כלליים:

הספק לא יהיה חייב במתן שירות על פי כתב שירות זה במצבים הרפואיים הבאים:

2.24.1. השתלת איברים בישראל או בחו"ל.

2.24.2. מצבים רפואיים ו/או פרוצדורות הקשורות בפוריות ו/או עקרות למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.

2.24.3. מחלות פסיכיאטריות במבוגרים ו/או מחלות נפש.

2.24.4. מצבים הקשורים באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה השמנת יתר, למעט ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד.

2.24.5. מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים ופה ולסת.

2.24.6. טיפול תרופתי מניעתי של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (Aids).

2.24.7. מחלת פיברומיאליגיה.

2.24.8. מחלת נזירופתיות

2.24.9. תסמונת עייפות כרונית.

2.24.10. עיוורון מוחלט ובלתי הפיך.

2.24.11. שבץ מוחי (CVA).

2.24.12. ורידים ודליות ברגליים.

2.24.13. כוויות קשות כשהמנוי נמצא באשפוז במסגרת מוסד רפואי.

2.24.14. אלרגיות.

2.24.15. חולים הנמצאים במהלך אשפוז של פחות מ-21 ימים רציפים.

2.24.16. כל מחלה שאינה מפורטת ברשימת המחלות שפורטו בסעיף ד' לעיל.

ה. הגבלה:

החברה לא תהיה אחראית בגין הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.

ו. תוקפו של כתב השירות:

1. לעניין תוקפו של כתב השירות יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל את כתב השירות אם יוחלט על ידיה לבטלו או לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור המפקח על ביטוח. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 60 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.

2. מובהר כי המנוי זכאי לבטל את הכתב השירות בכל עת. הביטול יהיה בתוקף ממועד קבלת הודעת המבוטח בחברה. ככל ששולמה על-ידי המבוטח פרמיה בגין כתב השירות בגין התקופה שלאחר הביטול, יוחזר למנוי החלק היחסי של התשלום ששילם בגין התקופה שלאחר ביטול כתב השירות.

3. בנוסף לאמור בתנאים הכלליים של הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה, תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:

3.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא.

3.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד, בהתאם לחוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.

4. במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר למתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מחוייב הספק להשלים מתן שירותים נשוא כתב שירות זה, למנויים אשר נמצאים במהלך תקופת השירות ולא יותר משלושה חודשי שירות כולל תקופת ההודעה מראש למנויים על הפסקת השירות.

5. מובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים נשואי כתב שירות זה. מנוי שהתחיל בקבלת שירות נשואי כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלים, תפקע זכותו לאחר סיום השלמת השרות.

ז. תנאי הצמדה

1. כל התשלומים על-פי כתב שירות זה, צמודים למדד כמפורט בפוליסה.

ח. שונות

1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.

2. הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטחת, ייחשבו כהודעות שנמסרו למנויים.

## רובד הרחבה

### **פרק ז': פיצוי לאחר השתלה שבוצעה בחו"ל**

ראה סעיף 3.7 בפרק א - השתלות איברים וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל.

# פרק ח': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מהשקל הראשון

## 1. הגדרות:

- 1.1 "התייעצות" - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.2 "טיפול מחליף ניתוח" - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3 "ניתוח" - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
**פעולה פולשנית** - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4 "מרפאה כירורגית פרטית" - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5 "בית חולים פרטי" - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
אחד מאלה:  
(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.  
(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.6 "קופת חולים" - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.7 "רופא מומחה" - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה וביחנות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8 "שתל" - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9 "תקופת אכשרה" - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 "הסדר ניתוח" - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים

לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.11. **"הסדר התייעצות"** - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

## 2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין.

## 3. הכיסוי הביטוחי:

בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

3.2. שכר מנתח.

3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.

3.4. טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il). כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

**יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו-3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור.** יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

## 4. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה

4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.

- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:  
(א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;  
(ב) ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 13.1.10 לחריגים הכלליים בפוליסה זו;
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

## 5. תקופת אכשרה:

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

# פרק ט': שירותים אמבולטוריים

## 1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **"בדיקות רפואיות אבחנתיות"** - בדיקות מעבדה (מדם, שתן, מח עצם, נוזל שדרה וכל רקמה ביולוגית אחרת) לרבות בדיקת פיברוסטאט, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.), בדיקת טומוגרפיה (P.E.T.) בדיקות אנדוסקופיות באמצעות מצלמה וכל בדיקה אבחונית אחרת הנדרשת על - פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעת מחלתו של המבוטח, למעקב או לקביעת דרכי הטיפול בו.
- 1.2. **"ניתוח גדול"** - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 1.3. **"בדיקות ושירותים להריון"**
  - 1.3.1. בדיקת חלבון עוברי.
  - 1.3.2. בדיקת שקיפות עורפית.
  - 1.3.3. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
  - 1.3.4. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
  - 1.3.5. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שליה לרבות צ'יפ גנטי.
  - 1.3.6. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
  - 1.3.7. בדיקת אקו לב של העובר.
  - 1.3.8. בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון: VERIFI ואחרים
  - 1.3.9. כל בדיקה אחרת בכפוף להפניית רופא מומחה.
- 1.4. **"בדיקות לסיקור גנטי להורהים לפני הריון"**: סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקונון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
- 1.5. **"מוסד החלמה"**: מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי ומוכר ע"י משרד הבריאות.

## 2. מקרה הביטוח:

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו למבוטח שלא בעת אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח. המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

## 3. שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח:

- 3.1. **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שתי התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה לרבות ולא רק גנטיקאי, פרמקולוג, פסיכיאטר בשנת ביטוח, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצויות/יות עד תקרה של 1,200 ₪ לתייעצות ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות הכוללת של התייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות התייעצות יקוּזו הסכום עליו ויותר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון



ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההיריון אחר המבוטחת והתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי.

3.2. **כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מהוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מ-6,500₪ למקרה ביטוח, לפי הנמוך ביניהם, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת ישולם בגין הוצאות טיסה עד 4,500₪.

3.3. **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות ולא יותר מ-6,100₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.4. **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לא הוא נידרש. אך לא יותר מהוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מ-4,500₪ למקרה ביטוח, לפי הנמוך ביניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.5. **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לרופא רדיולוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה עד 3,000₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 15%.

3.6. **טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי ו/או ההידרותפיה עד 275₪, לא יותר מ-20 טיפולים בשנת ביטוח, בכפוף לדמי השתתפות עצמית בגובה 20% ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא אורתופד מומחה.

3.7. **טיפול שיקום אחרי ניתוח ו/או תאונה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולי שיקום לאחר ניתוח ועל פי הוראת רופא, כמפורט להלן: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק 250₪, לא יותר מ-22 טיפולים בשנת ביטוח, בכפוף לדמי השתתפות עצמית בגובה 20%.

#### **שירותי רפואה גנטיים:**

3.8. **בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות:** בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או מינון, סוג התרופה וכדומה. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מ-30,000₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

#### **טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים:**

3.9. **טיפול ע"י מקרופאגים:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה

רפואית אחרת, ולא יותר מ-10,000 ש"ח למקרה ביטוח ובכפוף לדמי השתתפות עצמית בגובה 15%.

### שירותי רפואה קרדיולוגיים:

3.10. **התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב:** המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד לסכום של 200 ש"ח לחודש ועד 9 חודשים ובכפוף לדמי השתתפות עצמית בגובה 25%.

### שירותים רפואיים כלליים:

3.11. **שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול:** המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם השהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד לסכום של 770 ש"ח ליום ועד 14 יום.

3.12. **טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מ-4,000 ש"ח לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.13. **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב-amblyopia:** המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראייה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד 200 ש"ח לטיפול, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים.

3.14. **אביזרים רפואיים:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר עד 80% ולא יותר מ-10,000 ש"ח לשנת ביטוח. החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar, Agrelief), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, חבישות לחץ, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטקונוס, שתל קוכולארי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, תותב לאין אונות, סד גבס קל ומשאבת אינסולין, משקפי ראייה מעל מספר 6, החזר לרכישת מדרסים עד תקרת החזר של 800 ש"ח לתקופת הביטוח ובכפוף להמלצת רופא אורתופד.

3.15. **הזרקת חומרי סיכוך למפרקים כגון:** אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP - עד 4,000 ש"ח לשנת ביטוח.

3.16. **טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים** לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם - עד 3,500 ש"ח לשנת ביטוח.

### התפתחות הילד:

3.17. **טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 16-3 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות

קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 20% ועד 2,500 ₪ לכל תקופת הביטוח. המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למטפל / למכון שבהסכם עבור טיפולים בהתפתחות הילד, לילד מבוטח, בגין בעיות התפתחות שאובחנו ע"י רופא נויורולוג מומחה או רופא מומחה להתפתחות הילד, לילדים מגיל 16-2. טיפול יעשה על ידי פסיכותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או טיפולים בתנועה ו/או באומנות ו/או רכיבה טיפולית ו/או הוראה מתקנת ו/או שחיה טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים, בכפוף לתשלום של 20% השתתפות עצמית ועד 150 ₪ לטיפול ועד מקסימום 12 טיפולים.

### הריון ולידה:

3.18. **בדיקות ושירותים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל עד לסכום של 4,000 ₪ להריון ובהריון מרובה עוברים עד 8,000 ₪, ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.4 כולל ייעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההיריון או לאחריו, עד לסכום של 2,100 ₪ לסיקור גנטי לפני הריון ועד 5,000 ₪ לבדיקות גנטיות במהלך ההיריון או לאחריו והכל בכפוף לתשלום דמי השתתפות עצמית של 20%.

3.19. **הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפיגין או טכנולוגיה דומה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפיגין או טכנולוגיה דומה עד סכום של 4,000 ₪ למקרה ביטוח.

3.20. **כיסוי לתרומת ביצית** לרבות שאיבה והקפאת ביציות בכפוף למכתב מרופא מומחה. פעם אחת בתקופת הביטוח. עד 12,000 ₪.

3.21. **טיפול פריין לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטחת ב-80% מהסכום ששילמה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי פריין לרבות הפריה חוץ גופית (I.V.F) ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריין בישראל, וזאת עד 10,000 ₪ לכל ילד. ועד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני ההורים מבוטחים בפוליסה זו ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול.

3.22. **מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח הנזקק לשירותי פונדקאות עקב בעיה רפואית פעילה ב-75% מהסכום ששילם בפועל בגין הבדיקות הרפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות ובתנאי שהפונדקאות נעשתה עפ"י הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 וזאת עד 11,000 ₪ לסדרת טיפולים. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על-פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.

### רפואה משלימה:

3.23. **טיפולים ברפואה משלימה:** המבטח ישפה את המבוטח, כנגד קבלות מקוריות, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% עבור טיפולי רפואה משלימה כמפורט להלן ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא.

**תחומי הרפואה המשלימה, עפ"י סעיף זה, הנם:** אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, תזונה, היפנוזה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנרייז, ביו-פיזיק, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, טווינה עד 190 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים לשנת ביטוח.

## טיפולים בטכנולוגיה מתקדמת:

3.24. **טיפול בכאב לרבות מגרנה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולים הנדרשים להקלת בכאב לרבות ולא רק כאבי גב ובלט דיסק, לרבות הזרקות או הזלפות של חומרים נוגדי כאב לגוף ישירות או תחת אמצעי הדמיה, ו/או שימוש באביזרים טכנולוגיים מכל סוג שהוא לרבות גלי הלם, לייזר, תא לחץ ו/או השתלת קוצב נגד כאב משאבה להזלפת נוגדי כאב או כל טיפול אחר הנדרש להקלה על הכאב. ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הניירולוגיה או הכאב ומבוצע על ידי רופא מומחה. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור הטיפול עד תקרה של 1,500 ₪ לטיפול ו-10,500 ₪ לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי בגין האביזר - קוצב נגד כאב או משאבה ישולם בחזר בסך של 75% מעלות האביזר ולא יותר מ-30,000 ₪. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.25. **הזרקות לווריד הגפיים ו/או טיפול בלייזר בווריד הגפיים,** במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי עד 5,000 ₪ לשנת ביטוח.

3.26. **טיפול ממוקד במחלת הסרטן:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח בעבור עלות הטיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים וחשמליים לטיפול ממוקד בסרטן, לרבות שכר הרופא, החומר המוזרק, האביזרים וציוד נלווה, עד סכום מרבי של 80,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.27. **הזרקות לטיפול בהזעת יתר** - עד 6,000 ₪ לשנת ביטוח.

3.28. **הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית** - עד 2,000 ₪ לשנת ביטוח.

## 4. שיפוי שב"ן:

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים המפורטים בכל כיסוי בפרק זה.

5. **תקופת אכשרה: 90 יום, למעט הכיסויים הכלולים בפרקים: התפתחות הילד והריון ולידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום.**

## פרק ט'1: בדיקות סקר

הכיסוי לבדיקות סקר כולל ביצוע בדיקות רפואיות אחת לשנתיים ברשת מכוני מור / רמב"ם בכל רחבי הארץ.

סידרת הבדיקות הרפואיות נועדה לספק למבוטח מידע כולל ומדויק על מצב בריאותו ולעקוב אחר הפרופיל הבריאותי שלו.

עובדי מקורות ושח"מ בפוליסה זו יפנו לחברת הראל לצורך תיאום בדיקה באחד מהאופנים הבאים:

■ **בטלפון 03-7547010** (לאחר הקשת מספר ת.ז., נתב השיחות ישמיע לבדיקות סקר בלבד למבוטחי מקורות יש להקיש 2)

■ **תיבת ווטסאפ 055-7000222**

■ **בכתובת אימייל mekorot1@harel-ins.co.il** בבקשה לקבלת אישור/התחייבות לבדיקות סקר.

הראל תפיק התחייבות לבדיקות סקר תוך 2 ימי עסקים וישלח למכון מור (ר"ג או ברמב"ם לתושבי הצפון) במייל,

■ עם קבלת ההתחייבות תתבצע פניה ממכון מור למבוטחים.

■ הטיפול במכון מור/ רמב"ם יבוצע תוך יום עסקים.

**לנשים המבוטחות קיימת האפשרות להחליף בדיקה זו בשתי בדיקות אחרות.**

להלן פירוט הבדיקות:

### מסלול א' - בדיקה כללית מקיפה

■ איסוף מרוכז של נתונים בריאותיים רבים על ההיסטוריה הרפואית של הנבדק.

■ בדיקות דם המטולוגיות: ספירת דם, תרומבוציטים, דיפרנציאל (10 מדדים).

■ סדרה רחבה של בדיקות דם כימיות: סוכר, תפקודי כליות (אוריאה, קראטנין, חומצה אורית) שומני הדם (כולסטרול, טריגליצרידים) חלבוני הדם (פרוטאין, אלבומין גלובולין) תפקודי כבד (בילירובין, וספטה אלקלית G.O.T., L.D.H (S.G.P.T סידן, זרחן (16 מדדים).

■ בדיקת שתן כללית: PH, משקל סגולי, חלבון, סוכר, קטון, אורבילינוגן, דם בשתן, בילירובין, ניטרט, כדוריות לבנות (10 מדדים).

■ בדיקה גופנית על ידי רופא.

■ בדיקת א.ק.ג.

■ מדידת לחץ דם בעזרת מכשור אלקטרוני מדויק מספר מדידות בשכיבה ובישיבה.

■ מדידת משקל וגובה.

■ תצלום חזה.

■ תפקודי ריאה.

■ סדרה רחבה של בדיקות ריאה.

■ בדיקת שמיעה - בתא אטום לרעש.

■ בדיקות צואה לדם סמוי (מעל גיל 40).

■ סונומטריה (מעל גיל 40).

## מסלול ב' - בדיקות לנשים

סידרה גניקולוגית מקיפה כולל:

- בדיקה גניקולוגית לרבות משטח PAP SMEAR לאיתור מוקדם של סרטן צוואר הרחם ולרבות בדיקת מישוש שד על ידי הגניקולוג.
  - הבדיקה מבוצעת אך ורק על ידי גניקולוגים מומחים ובעלי וותק רב.
  - בדיקת ממוגרפיה קלינית (צילום שד)
- הבדיקה הינה בעלת החשיבות הרבה ביותר לגילוי מוקדם של סרטן השד ומבוצעת במכוני מור/רמב"ם ורק על ידי המכשירים החדשים ביותר (GE/CGR) בהם גם איכות התמונה גבוהה במיוחד ומאיך, כמות הקרינה קטנה מהותית והינה כיום זניחה מבחינת רמת החיסכון.
- הרדיולוגים המומחים המפענחים את צילומי הממוגרפיה במכוני מור ורמב"ם הינם מהשורה הראשונה לאחר שעברו קורסים מיוחדים בנושא במרכזים בחו"ל וצברו ניסיון בפינוח של עשרות אלפי צילומים.

לאחר הבדיקה תתבצע שיחת סיכום עם רופא מומחה של המכון.

במהלך שיחה זו המבוטח יקבל הסברים על ממצאים, הדרכה והנחיות להמשך הטיפול, במקרה הצורך. בנוסף לכך יימסר למבוטח דו"ח רפואי ממוחשב ובו מרוכזים כל ממצאי הבדיקות לשם מעקב וברור בעתיד.

בכל שאלה ניתן לפנות ליחידת  
משאבי אנוש ושכר במרחבים

מרחב צפון 📞

073-3523504

המוביל 📞

073-3525521/2

מרחב מרכז 📞

073-3526513

073-3526586/7

מרחב דרום 📞

073-3524610/11

שח"מ 📞

03-5572684

מטה החברה 📞

073-3521640

## פרטי התקשרות

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞

וואטסאפ 052-7544589 📞

ניתן להגיע אלינו גם באמצעות הלינק:

[www.harel-group.co.il/t/BFQJFV](http://www.harel-group.co.il/t/BFQJFV)

אבא הלל 3, בית הראל, 📍

ת.ד. 1951, רמת גן 5211802

מייל תביעות

[tvbriutdh@harel-ins.co.il](mailto:tvbriutdh@harel-ins.co.il) 📧

לבירורים במקרים רפואיים מיוחדים  
או במקרה של דחיית תביעה ניתן  
לפנות ליועצת הביטוח

[ilana@udif.co.il](mailto:ilana@udif.co.il) 📧

03-7517274 📞

[www.fresh-concept.co.il](http://www.fresh-concept.co.il) 📍

אולי יש לך ביטוח בריאות,  
אבל אין לך הראל...