



ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי מקורות ובני משפחותיהם

דצמבר 2016



עובדות ועובדים וגמלאים יקרים,

כחלק ממאמצינו לדאוג לרווחת העובדים, דאגנו לשדרג את ביטוח הבריאות הקיים במקורות כבר שנים רבות, עשינו זאת בעזרת משרד היועצים של ד"ר אודי פרישמן - "פרש קונספט" יחד עם חברת הביטוח הראל אשר זכתה במכרז. הפוליסה איכותית ומקיפה וכל זאת על בסיס דרישות ונתונים שעלו מהשטח, הסכם זה בא לשרת אתכם העובדים, הגמלאים ואת בני משפחותיכם. תכנית הביטוח שהורכבה, מעניקה לכם העובדים, גמלאים ולבני משפחותיכם את הכיסוי הטוב ביותר, בתנאים מצוינים ובפרמיה הנמוכה ביחס למחירים בשוק. התכנית כוללת כיסויים שאינם מכוסים באופן מלא ומספק במסגרת השב"ן (ביטוח משלים) בקופת החולים,

רובד בסיס

- השתלות איברים בחו"ל.
- טיפולים מיוחדים בחו"ל.
- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.
- ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.
- ניתוחים בארץ במסלול שב"ן
- התייעצות פרטית עם רופא מומחה.

רובד מורחב א'

- השתלת איברים - השלמה לקבלת פיצוי לאחר ביצוע ההשתלה.
- השלמה לניתוחים בארץ במסלול שקל ראשון.
- שירותים אמבולטוריים
- רפואה משלימה.

רובד מורחב ב'

- כיסוי סיעודי

רצוי לקרוא בעיון רב את חוברת ביטוח הבריאות שם תוכלו לראות שיפור משמעותי בכיסויים של חברת הביטוח ואת פירוטי הכיסויים. חשוב לציין כי אנו ששמים לנגד עינינו את טובת העובדים, רווחתם, ובריאותם. אני מאחל לכולנו המשך עבודה פורייה ובריאות איתנה.

הנהלת "מקורות" וארגון העובדים

תוכן עניינים

- 4.....ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על פי תקנות "גילוי נאות").
- 12.....פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח.
- 21.....פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי.
- 38.....פרק א': השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל.
- 42.....פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.
- 45.....פרק ג': כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.
- 47.....פרק ד': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ.
- 51.....פרק ה': ייעוץ רפואי.
- 52.....פרק ו': פיצוי לאחר השתלה שבוצעה בחו"ל.
- 53.....פרק ז': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מהשקל הראשון.
- 56.....פרק ח': שירותים אמבולטוריים.
- 60.....פרק ט': רפואה משלימה.
- 61.....פרק י': כיסוי לביטוח סיעודי.
- 63.....נספח 1 - רשימת גבולות אחריות המבטח.
- 67.....נספח 2 - נתוני הסכם הביטוח והפוליסה.
- 68.....איך לנהוג בעת תביעה?

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על פי תקנות "גילוי נאות")

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	פוליסת ביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי לעובדי מקורות.
	שם בעל הפוליסה	מקורות.
	הכיסויים בפוליסה	<p>רובד בסיס</p> <p>פרק א' - השתלות בחו"ל וטיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל. פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות. פרק ג' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. פרק ד' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לבעלי שב"ן. פרק זה יחול במקום פרק ז', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים. פרק ה' - ייעוץ רפואי.</p> <p>רובד מורחב א'</p> <p>פרק ו' - פיצוי לאחר השתלה שבוצעה בחו"ל. פרק ז' - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מהשקל הראשון. פרק ח' - שירותים אמבולטוריים. פרק ט' - רפואה משלימה.</p> <p>רובד מורחב ב'</p> <p>פרק י' - כיסוי לביטוח סיעודי תקף עד ליום 31.12.2017.</p>
משך תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.12.2016 ועד ליום 30.11.2021. ביטוח סיעודי תקף עד ליום 31.12.2017.	

תנאים	סעיף	נושא
<p>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).</p> <p>כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.</p> <p>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.</p>	<p>המשכיות</p>	<p>כללי</p>
<p>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.</p>	<p>תנאים לחידוש אוטומטי</p>	

נושא	סעיף	תנאים
כללי	תקופת אכשרה	<p>כיסוי להשתלות בחו"ל וטיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל, כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות (פרק ב'), ייעוץ רפואי (פרק ה') ופיצוי לאחר השתלה שבוצעה בחו"ל (פרק ו'), רפואה משלימה (פרק ט') וכיסוי סיעודי (פרק י') - ללא תקופת אכשרה.</p> <p>בכיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (פרק ג') - תהא תקופת אכשרה בת 90 ימים.</p> <p>בכסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לבעלי שב"ן (פרק ד') ובכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ מהשקל הראשון (פרק ז') - תהא תקופת אכשרה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p> <p>בשירותים אמבולטוריים (פרק ח') תהא תקופת אכשרה בת 90 ימים. במקרים הקשורים להתפתחות הילד והריון ולידה תהא תקופת אכשרה בת 180 ימים.</p>
	תקופת המתנה	<p>בכיסוי לביטוח סיעודי (פרק י') תהא תקופת המתנה של 45 ימים.</p>
השתתפות עצמית		<p>בפרק ב' (תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות) - השתתפות עצמית למרשם של 150 ₪ לחודש. במקרה של כמה מרשמים הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית לא יעלה על 300 ₪ לחודש. בגין תרופות לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ₪ - ללא השתתפות עצמית.</p> <p>בפרק ה' (ייעוץ רפואי) - תהא השתתפות עצמית בגובה 30% מעלות ההתייעצות.</p> <p>בפרק ח' (שירותים אמבולטוריים) - בגין התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח, בדיקות רפואיות אבחנתיות, כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית, טיפולי פיזיותרפיה הדרותרפיה אמבולטוריים, טיפולי שיקום אחרי ניתוח או תאונה, שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב-amblyopia, אבחון התפתחות הילד, טיפול בהתפתחות הילד, בדיקות הריון, בדיקות סיקור גנטי לפני הריון, בדיקות גנטיות במהלך הריון או לאחריו, טיפולי פרייון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ או בחו"ל תהא השתתפות עצמית בגובה 20%.</p> <p>בגין חוות דעת שנייה לפיענוח של בדיקות הדמיה, בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות, טיפול ע"י מקרופאגים תהא השתתפות עצמית בגובה 15%.</p> <p>בגין התעמלות שיקומית, החלמה לאחר ניתוח גדול, טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ומימון לשירותי פונדקאות בארץ או בחו"ל תהא השתתפות עצמית של 25%.</p> <p>בפרק ט' (רפואה משלימה) - תהא השתתפות עצמית בגובה 20%.</p> <p>בפרק י' (כיסוי סיעודי) - בגין שיפוי מיוחד לשיקום תהא השתתפות עצמית בגובה 30%.</p>

נושא	סעיף	תנאים																						
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	כן.																						
פרמיות	גובה הפרמיה	<p>דמי הביטוח החודשיים עבור רובד הבסיסי: עבור עובד/ת - 95.00 ₪ (ממומן ע"י המעסיק ללא גילום) עבור בן/בת זוג/ ילד בוגר - 130.00 ₪ עבור ילד/ה עד גיל 30 כולל - 50.00 ₪ גמלאי/ בן/ בת זוג גמלאי - 172.5 ₪ *ילד - עד גיל 30 כולל. ילד שלישי ואילך - חינם.</p> <p>דמי הביטוח החודשיים עבור רובד מורחב א':</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>גיל מבטוח</th> <th>פרמיה חודשית ב-₪</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-20</td> <td>30.00 ₪</td> </tr> <tr> <td>21-40</td> <td>80.00 ₪</td> </tr> <tr> <td>41-55</td> <td>69.00 ₪</td> </tr> <tr> <td>56-65</td> <td>59.00 ₪</td> </tr> <tr> <td>66+</td> <td>53.00 ₪</td> </tr> </tbody> </table> <p>*ילד - עד גיל 30 כולל. ילד שלישי ואילך - חינם.</p> <p>דמי הביטוח החודשיים עבור רובד מורחב ב' - כיסוי סיעודי (בתוקף עד ליום 31.12.2017):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>סוג מבטוח</th> <th>פרמיה חודשית ב-₪</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>עובד/ בן/בת זוג/ ילד בוגר</td> <td>22.00 ₪</td> </tr> <tr> <td>ילד עד גיל 30 כולל</td> <td>3.50 ₪</td> </tr> <tr> <td>גמלאי/בן/בת זוג גמלאי סכום ביטוח 7,200 ₪</td> <td>332.00 ₪</td> </tr> <tr> <td>גמלאי/בן/ת זו גמלאי סכום ביטוח 3,600 ₪</td> <td>166.00 ₪</td> </tr> </tbody> </table> <p>גיל המבטוח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבטוח (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.</p> <p>הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד שפורסם ב-15.10.2016, 12231 נקודות.</p>	גיל מבטוח	פרמיה חודשית ב-₪	0-20	30.00 ₪	21-40	80.00 ₪	41-55	69.00 ₪	56-65	59.00 ₪	66+	53.00 ₪	סוג מבטוח	פרמיה חודשית ב-₪	עובד/ בן/בת זוג/ ילד בוגר	22.00 ₪	ילד עד גיל 30 כולל	3.50 ₪	גמלאי/בן/בת זוג גמלאי סכום ביטוח 7,200 ₪	332.00 ₪	גמלאי/בן/ת זו גמלאי סכום ביטוח 3,600 ₪	166.00 ₪
גיל מבטוח	פרמיה חודשית ב-₪																							
0-20	30.00 ₪																							
21-40	80.00 ₪																							
41-55	69.00 ₪																							
56-65	59.00 ₪																							
66+	53.00 ₪																							
סוג מבטוח	פרמיה חודשית ב-₪																							
עובד/ בן/בת זוג/ ילד בוגר	22.00 ₪																							
ילד עד גיל 30 כולל	3.50 ₪																							
גמלאי/בן/בת זוג גמלאי סכום ביטוח 7,200 ₪	332.00 ₪																							
גמלאי/בן/ת זו גמלאי סכום ביטוח 3,600 ₪	166.00 ₪																							
מבנה הפרמיה	מבנה הפרמיה	פרמיה משתנה, כמפורט בסעיף גובה הפרמיות המצוין לעיל.																						

תנאים	סעיף	נושא
<p>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%.</p> <p>הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד שפורסם ב-15.10.2016, 12231 נקודות.</p>	<p>שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח</p>	<p>פרמיות</p>
<p>(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח 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.</p> <p>(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); 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.</p> <p>(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.</p> <p>(ד) המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת ומכל סיבה שהיא בהודעה בכתב שתימסר למבטח.</p>	<p>תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח</p>	<p>תנאי ביטול</p>
<p>בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח.</p>	<p>תנאי ביטול ע"י בעל הפוליסה</p>	

תנאים	סעיף	נושא
<p>1. אם המוטב/ים ו/או בעל הפוליסה ו/או המבוטח אינו/ם משלם/ים או לא שילמו את הפרמיה כסדרה (על פי חוק הביטוח). הביטול יתבצע לאחר מתן התראות לבעל הפוליסה ו/או המבוטח כמתחייב עפ"י חוק חוזה ביטוח.</p> <p>2. אם העלים המוטב ו/או בעל הפוליסה מהחברה עובדה מהותית, שידיעתה הייתה גורמת לחברה שלא לקבלו לביטוח (על פי חוק חוזה הביטוח 1981).</p>	<p>תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח</p>	<p>תנאי ביטול</p>
<p>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:</p> <p>א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.</p> <p>ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.</p> <p>"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.</p>	<p>החרגה בגין מצב רפואי קיים</p>	<p>חריגים</p>
<p>חריגים כלליים כמוגדר בפוליסת הביטוח - סעיף 13. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סעיפים 4 ו-5. כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 2. כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לבעלי שב"ן - סעיף 6. כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מהשקל הראשון - סעיף 4.</p>	<p>סייגים לחבות המבטחת</p>	
<p>אירוע א. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או של לפחות 2 מתוך 6 הפעולות הבאות ובתנאי מפורש שאחת מהן היא לשלוט על הסוגרים:</p> <p>1. לקום ולשכב, 2. להתלבש ולהתפשט, 3. להתרחץ, 4. לאכול ולשתות, 5. לשלוט על הסוגרים, 6. נידות.</p> <p>או:</p> <p>אירוע ב. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח אשר עקב "תשישות נפש" שנקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח, לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן על פי קביעת רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.</p>	<p>הגדרת מקרה ביטוח</p>	<p>תוספת לביטוח סיעוד עד ליום 31.12.2017</p>

נושא	סעיף	תנאים	
תוספת לביטוח סיעוד עד ליום 31.12.2017	משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח	א. עובד/ בן בת זוג וילדיהם - 60 חודשים. ב. גמלאים/ות, בני/ות זוג וילדיהם - 60 חודשים.	
	סוג תגמולי הביטוח	פיצוי.	
	סכום הביטוח	א. עובד/ בן בת זוג וילדיהם - שהינם מבוטחים יהיו זכאים לסכום פיצוי חודשי בסך 7,200 ₪ לחודש, אשר ישולם לאחר תקופת המתנה בת 45 יום לתקופת בת 60 חודש. ב. גמלאים/ות, בני/ות זוג וילדיהם - הינם מבוטחים יהיו זכאים לסכום פיצוי חודשי בסך 7,200 ₪ או 3,600 ₪ לחודש, אשר ישולם לאחר תקופת המתנה בת 45 יום לתקופה בת 60 חודש.	
	תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית	אין הפרדה.	
	שחרור מתשלום פרמיה	קיים.	
	סקאלת הפרמיה	דמי ביטוח החודשיים עבור רובד מורחב ב' - כיסוי סיעודי (בתוקף עד 31.12.2017):	
		סוג מבוטח	פרמיה חודשית ב-₪
		עובד/ בן/בת זוג/ ילד בוגר	22.00 ₪
		ילד עד גיל 30 כולל	3.50 ₪
		גמלאי/בן/בת זוג גמלאי סכום ביטוח 7,200 ₪	332.00 ₪
גמלאי/בן/ת זו גמלאי סכום ביטוח 3,600 ₪	166.00 ₪		
זכויות המבוטח בגין העלאת פרמיה	אין.		
ערך מסולק	אין.		
תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח	אין.		

נושא	סעיף	תנאים
תוספת לביטוח סיעוד עד ליום 31.12.2017	קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים	אין קיזוז עם ביטוחים סיעודיים אחרים כגון: ביטוח לאומי, ביטוחים משלימים של קופ"ח וביטוחים מסחריים אחרים.

הבהרה לזמן השירות הצבאי יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא כפי שישתנו מעת לעת.

תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב בגין תגמולי ביטוח שאינם בערך נקוב, ניתן להתעדכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il. הכיסוי יינתן בהתאם לרשימת הניתוחים ובניכוי ההשתתפות העצמית כפי שנקובה בפוליסת הביטוח שברשותך במידה וקיימת. התנאים המחייבים הם התנאים הנקובים בפוליסת הביטוח שברשותך. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות יקבעו התנאים הנקובים בפוליסה. הסכומים הנקובים משקפים את מחירי ההסכם של הראל והם עשויים להשתנות אחת לשנה.

פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
רובד בסיס					
פק א' - השתלות בחו"ל וטיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל					
תקרת תגמולי הביטוח להשתלות	אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרה בגובה 4,500,000 ש. השתלת לב מלאכותי - עד תקרה בגובה 1,000,000 ש.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן
1. 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: 2. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה; מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.	גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה	פיצוי	לא	ביטוח תחליפי	לא
תקרת תגמולי הביטוח לטיפולים מיוחדים בחו"ל	אצל נותני שירות שבהסכם - שיפוי מלא. אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד 800,000 ש.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות					
תרופות הנכללות בכיסוי	<p>טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.</p> <p>מובהר כי אישור מכוח סעיף 29(ג) לפקודת הרוקחים (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) ייחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לתרופות הנדרשות לטיפול בסרטן. ועד לתקרה של 100,000 ₪.</p> <p>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.</p>				
				ביטוח מוסף	

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
תקרת הכיסוי - סכום ביטוח מרבי לכל תקופת הביטוח	עד 1,500,000 ש"ח, מתחדש מדי שנתיים וחצי. אישור מכוח סעיף 29(ג) לפקודת הרוקחים - עד לתקרה של 100,000 ש"ח.	שיפוי	לא	ביטוח מוסף	כן
השתתפות עצמית למרשם	150 ש"ח למרשם לחודש. במקרה של כמה מרשמים הסכום לא יעלה על 300 ש"ח לחודש. בגין תרופות לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ש"ח - ללא השתתפות עצמית.			ביטוח מוסף	
פרק ג' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל					
תגמולי הביטוח	כיסוי מלא לניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי המבטח לרבות ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח, ייעשו ישירות על ידי המבטח. בית חולים שבהסכם - כיסוי מלא. בית חולים שאינו בהסכם - עד תקרה של 150% מעלות ניתוח בארץ. הכיסוי כולל בין היתר הטסה רפואית, הוצאות שהייה (בניתוח שתקופת האשפוז מעל 7 ימים), הטסת גופה, הבאת מומחה מחו"ל, כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר

פרק ד' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לבעלי שב"ן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
הניתוחים, התייעצויות וטיפול מחליפי ניתוח המכוסים:	<p>כל הניתוחים, 3 התייעצויות, טיפולי מחליפי ניתוח (מעבר לחבות השב"ן), לבעלי "כללית מושלם/פלטינום", "לאומית זהב", "מכבי" מגן זהב", מאוחדת עדיף/שיא". כולל:</p> <p>שלוש התייעצויות לשנת ביטוח עד לסך 1,500 ₪ להתייעצות, שכר מנתח, הוצאות רפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז הגלולות לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית, טיפול מחליף ניתוח עד תקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל ולא יותר מסך של 200,000 ₪.</p> <p>הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.</p>	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
הניתוחים, התייעצויות וטיפול מחליפי ניתוח המכוסים:	למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן). למבוטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ	בארץ - כפי שפורט לעיל.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם החברה	לא ישולם החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו לנותני שירות שבהסדר. 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.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
פרק ה' - ייעוץ רפואי					
תקרת תגמולי הביטוח	התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח עד החזר בגובה 600 ש.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
השתתפות עצמית	בגובה 30% להתייעצות.				
רובד מורחב א'					
פרק ו' - פיצוי לאחר השתלה שבוצעה בחו"ל					
תקרת תגמולי הביטוח להשתלות 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.	תשלום פיצוי חד פעמי לאחר ביצוע השתלה בגובה 350,000 ש"ח עבור השתלה בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית) ובכפוף להוראות חוק השתלת איברים.	פיצוי			לא

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ז' - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח - מהשקל הראשון					
הניתוחים המכוסים:	כיסוי לכל הניתוחים, התייעצויות או טיפולים מחליפי ניתוח המבוצעים באופן פרטי בישראל, כולל: שלוש התייעצויות לשנת ביטוח עד לסך 1,500 ₪, שכר מנתח, הוצאות רפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז הנלוות לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית, טיפול מחליף ניתוח עד תקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.				
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל	בארץ - כפי שפורט לעיל.				
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם החברה	לא ישולם החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו לנותני שירות שבהסדר. 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.				

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר

פרק ח' - שירותים אמבולטוריים

התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח, כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל, בדיקות רפואיות אבחנתיות, כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית, חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה, טיפולי פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים, טיפולי שיקום אחרי ניתוח ו/או תאונה, בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות, טיפול ע"י מקרופאגים, התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב, שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול, טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה, שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב-amblyopia, אביזר רפואי, הזרקת חומרי סיכוך למפרקים, טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות המפרקים וברקמות הרכות, טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים, בדיקות ושירותים להריון, הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה, כיסוי לתרומת ביצית, טיפולי פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל, מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל.	עד תקרת הסכום לכל כיסוי המפורטת בנספח 1.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
---	--	-------	----	--------------	----

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ט' - רפואה משלימה					
תקרת הכיסוי	עד 12 טיפולים לשנת ביטוח	שיפוי	לא	ביטוח מוסף	כן
השתתפות עצמית	בגובה 20% לטיפול				

הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד שפורסם ב-15.10.2016, 12231 נקודות.

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

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

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

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים בהסכם החתום בין הצדדים.

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" - 1.12.2016.
- 1.5 "תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.6 "הסכם הביטוח" - הסכם הביטוח בתוקף מיום 1.11.2016 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 המבוטחים שנת ביטוח תהיה במועד הצטרפות המבוטח לביטוח.
- 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.
- 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 המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.21. **"אשפוז"** - שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 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 איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים 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 אנגיוגרפיה (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 המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבוטח 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 המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 1 להלן. **ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**
- 1.25. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירתית (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 הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבוטח 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 האווריר בריאות, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו 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 יחשבו 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 יבוצע 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".**

- 1.26. **"תחליף ניתוח"** - טיפול רפואי אשר בא להחליף 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 לאלו 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 בישראל או בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל.
- 1.27. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.28. **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא.
- 1.29. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.
- 1.30. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי;
- 1.31. **"בדיקה פתולוגית"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח 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.
- 1.32. **"יום אשפוז"** - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ-24 שעות.
- 1.33. **"יועץ מלווה"** - היועץ (הרפואי) המלווה אשר ילווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה הוא חברת פרש קונספט ו/או ד"ר אודי פרישמן ו/או מי מטעמו.
- 1.34. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.35. **"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.
- 1.36. **"שב"ן"** - 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"ן, מסוג "כללית מושלם/פלטינום", "מגן זהב", "מאחדת עדיף/שיאי", "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 ז' לפוליסה את הכיסוי עפ"י פרק ד' וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 7.1 להלן.
- 1.37. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.
- 1.38. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
- 1.39. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.40. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.

- 1.41. **"וועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980, על תוספותיהן ותיקונין (1999).
- 1.42. **"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.
- 1.43. **"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, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשת בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.
- 1.44. **"גיל הפרישה המוקדמת"** - כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה התשס"ד-2004.
- 1.45. **"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 שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו. (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.
- 1.46. **"דמי הביטוח" או "הפרמיה"** - הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה על פי תנאי הפוליסה.
- 1.47. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- 1.48. **"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 שיוחזר לשירותי הבריאות.
- 1.49. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי הסכם הביטוח של המבוטח.
- 1.50. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.51. **"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.
- 1.52. **"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.
- 1.53. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).

1.54. **"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 והמידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטרות 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 90 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה (לאחר וותק של 24 חודשים בארגון) או תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה או 90 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 90 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה או תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה או 90 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת או תוך 90 יום ממועד יציאתו לגמלאות.

2.4 עובד/ת שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/ה בתוך 90 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 90 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם).

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/יודחה את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 30 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.

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 גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 2.11. הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהא 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 פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, ואישור תשלום הפרמיה לשלושה חודשים אחרונים), יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בהיתום 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 חחרגות, 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 ה'** 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 מבוטחים בעלי מאפיינים דומים, המבטח היה מודיע למבוטח על קבלתו לביטוח אלמלא קרה מקרה הביטוח, ישלם המבטח למבוטח 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 המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית ממועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

2.17. צירוף מבוטח - בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

(א) מוטלת על מבוטח 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 1ד1(ג) לחוק עובדים זרים;

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

לא תצרף החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבטוח 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 למבטוח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטוח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבטוח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - 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 המבוטחים 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 אלה:

(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 כמפורט בנספח 2, ותחילתה ביום 01.12.2016 (להלן: "המועד הקובע") וסיומה ביום 30.11.2021 (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 אלה להסכם זה.

- 3.4. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטוח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבטוח בשל כיסויים אלה.
- 3.5. פחת מספר המבטוחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

4. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבטוחים:

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

- (א) עובד/ת - היום בו החל את עבודתו אצל בעל הפוליסה ונרשם בקובץ המבטוחים 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 המבטוח 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 המבטוח להשתייך לקבוצת המבטוחים, במידה ולא המשיך להיות מבטוח 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 מבטוח בכתב, מסיבה כלשהי.
- (ד) לגבי מבטוח שהוא ילדו של עובד, וכל עוד העובד מבטוח בהסכם (ויובהר כי עובד לא חייב להיות מבטוח כדי שבני משפחתו ימשיכו להיות מבטוחים) - 90 יום לפני הגעתו של הילד המבטוח לגיל הקובע (כהגדרתו בנספח 2), ישלח המבטוח הזדעה לעובד לגביי הגעת הילד לגיל הקובע ועליית התעריף לפרמיה של ילד בוגר להגדרתו בנספח 2. 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 שהיה בחו"ל):

- 5.1. מבטוחים 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 המבטוח ארצה יוכל לשוב לביטוח למעמד של מבטוח 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 המבטוח 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 לענין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, 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 ב-₪
עובד	95.00 ₪
בן/בת זוג /ילד בוגר	130.00 ₪
ילד עד גיל 30 כולל	50.00 ₪
גמלאי/בן/בת זוג גמלאי	172.50 ₪

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

ב. רובד מורחב א':

פרמיה חודשית ב-ש	גיל מבטח
₪30.00	0-20
₪80.00	21-40
₪69.00	41-55
₪59.00	56-65
₪53.00	66+

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

ג. רובד מורחב ב' - כיסוי סיעודי: (בתוקף עד 31.12.2017)

פרמיה חודשית ב-ש	סוג מבטח
₪22.00	עובד/ בן/בת זוג/ ילד בוגר
₪3.50	ילד עד גיל 30 כולל
₪332.00	גמלאי/בן/בת זוג גמלאי סכום ביטוח 7,200 ₪
₪166.00	גמלאי/בן/ת זו גמלאי סכום ביטוח 3,600 ₪

7.2 גיל המבטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבטח (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 המבטחים הגמלאים ובני משפחותיהם מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי המבטח באמצעות אמצעי גבייה אישי.

7.4 מבטחים בפוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה הם נמצאים בחופשת לידה או בחל"ת בתנאי ששמן יופיע ברשימת המבטחים 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 המבטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים - 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 להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבטח;

- 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 שנפטרו שמבטח ממשיך לבטחם; לעניין פסקה זו, "מעביד" - לרבות מבטח.
- 8.3. כי הינו בעל הפוליסה לגבי גמלאים 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 לשלמם 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 במישורין. 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. מששילם 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 כפל:

- 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 אישורו, 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. המבטח 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 למבטח.
- 12.3. המבטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבטח להשיג במאמץ סביר. היה ואין ביכולתו של המבטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.
- 12.4. העתק קבלות מקוריות- במקרה שהמבטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציגם, יגיש המבטח למבטח העתק קבלה ו/או חשבונית ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגביי הסכום שתבע או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.
- 12.5. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.
- 12.6. בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות או העתק קבלות בצירוף הסבר למי נשלחו מהמסמכים המקוריים ופירוט הסיבה למה לא יכול המבטח להמציאם למבטח.
- 12.7. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:
- 12.7.1. ייתן למבטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 12.7.2. יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבטח עצמו.
- 12.7.3. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות. אם יידרש, ימציא המבטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
- 12.7.4. 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 המבטח 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 המבטח 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. מחלות נפש מטופלות במסגרת אשפוזית ו/או ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 13.1.7. טיפולי פוריות, עקרות, עיקור מרצון, ובדיקות שיגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 13.1.8. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו 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/ימים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרידי 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 רבייה 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.
- 13.1.9. טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הליסינג.
- 13.1.10. 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 יחשבו 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 קבוצתי:

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 שיוזר 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 המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מההסכם שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

14.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן ההסכם שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח 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 המבטח 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 המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

14.4.1. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח 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 מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויצוין 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 למבטח 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" - המדד שיפורסם ביום 15.10.2016.

16.1.3. "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

16.2. כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

16.3. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

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

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

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 הראיה 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 בכריתה 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, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה.

ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

 - 1.3.1. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.
 - 1.3.2. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.
- 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:

- 2.1. 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 30.11.2016 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 מבוטחים שביטוחם היה בתוקף ביום 30.11.2016 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 כמפורט בנספח גבולות אחריות המבטח- נספח 1. 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 כמפורט בנספח 1.
- 3.3 השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו-3.2 יהיו בגין ההוצאות 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 300 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 תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
 - 3.4.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד הסכום הנקוב בנספח 1.
 - 3.4.3 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.

- 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 לסכום הנקוב בנספח 1; 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 לסכום הנקוב בנספח 1;
- 3.4.6. הוצאות לשהייה בחו"ל לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד, ובמקרה של מבוטח קטין - לשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.
- 3.4.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או לייעוץ, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.8. הוצאות לטיפול 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 תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.4.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח 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 לתקרת הסכום בנספח 1.
- 3.4.11. תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, כמפורט בנספח 1.
- 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). 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 הנקוב בנספח 1 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 מבוטחים שרכשו את רובד מורחב א' בלבד

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 הנקוב בנספח 1. 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 ע"פ 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 הנקוב בנספח 1 החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך הזמן הנקוב בנספח 1.

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 המבוטח במימון ההשתלה.

3.9. טיפול ניסיוני בחו"ל:

3.9.1. 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 יתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבוטח במימון הוצאות הניסיעה והשהיה של המבוטח בחו"ל כדלקמן:

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 הנקוב בנספח 1; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום;

3.9.3. הוצאות הסטה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצויד 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 הנקוב בנספח 1;

3.9.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.

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.

ההגדרה **"תרופה"** נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 **"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 12-1-2007 **"הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות"**.

1.11 פרסום רשמי - אחד מהבאים

1.11.1 פרסומי ה-FDA

1.11.2 America Hospital Formulary Service Drug Information

1.11.3 US Pharmacopoeia - Drug Information

1.11.4 Dugdex (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- ational Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
- א) NCCN
 - ב) ASCO
 - ג) NICE
 - ד) ESMO Minimal Recommendation (T)

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 30.11.2016 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 12- 2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".**
- מובהר כי אישור מכוח סעיף 29(ג) לפקודת הרוקחים (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לתרופות הנדרשות לטיפול בסרטן. ועד לתקרה של 100,000 ₪
- 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.

3. חבות המבטח ותגמולי הביטוח:

- 3.1. המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/ בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בנספח 1 למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון 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 הסכום הנקוב בנספח 1.
- 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 ₪ לחודש.
- 3.2. במקרה וקיבל המבוטח את התרופה משב"ן ושילם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.

- 3.3. המבטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבטח 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, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.
- 3.5. סכום הביטוח המרבי למבטח שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד הסכום הנקוב בנספח 1 לכל תקופת ביטוח בת 2.5 שנים.
- 3.6. המבטח ישפה את המבטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום הנקוב בנספח 1 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 מניעתי 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 למבטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
5. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל:
המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שארע למבטח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.
6. תקופת אכשרה: אין.
7. ההגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבטח 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. **מקרה הביטוח:** ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2. אושר הניתוח מראש על ידי המבטח לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותאום הניתוח נעשה ישירות על ידי המבטח, יכסה 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 השיפוי המרבי יהיה כמפורט בנספח 1.
- 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 תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז עד סכום הביטוח המרבי המפורט בנספח 1.
- 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 תקרה מרבית כמפורט בנספח 1 להלן. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל 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 הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.
 - 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 עד סכום ביטוח כמפורט בנספח 1.

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 שהייה 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 הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.

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, רדיותרפיה או דיאליזה.
 - 2.3. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה מכל סוג וטיפולים פארא רפואיים, כגון פיזיותרפיה, הידרותרפיה או רפוי בעיסוק.
 - 2.4. הזלפות והזרקות לעור או לתת עור. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה או לאיברים פנימיים לא יכללו במסגרת חריג זה.
- תקופת אכשרה: 90 יום.

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

(לבעלי שב"ן - כללית מושלם/פולטניום, מגן זהב, מאוחדת עדיף/שיא, לאומית זהב) פרק זה יחול במקום פרק ז', 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 - 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 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 מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

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:

בקורות 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 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 ולא יותר מסך של 200,000 ₪ למקרה ביטוח. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קורות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-ins.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 ישולמו למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי 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. 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 שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

בקורות מקרה ביטוח החברה המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

4.1. בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח 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 קונבציונלי 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

8. ייעוץ רפואי והתחייבות המבטח:

8.1. **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 כמפורט בנספח 1 ובהשתתפות עצמית של 30% מעלות התייעצות הכוללת של התייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות התייעצות יקוזז 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 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': פיצוי לאחר השתלה שבוצעה בחו"ל

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

פרק ז': 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 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 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 ולא יותר מסך של 200,000 ₪ למקרה ביטוח. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-ins.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 ישולם למבטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני 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. 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 ח': 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 כמפורט בנספח 1 ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות הכוללת של התייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות התייעצות יקוּזז 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 מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, על - פי האמור בספח 1, לפי הנמוך מביניהם, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת ישולם בגין הוצאות טיסה עד הסכום הנקוב בספח 1.

3.3. **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ולא יותר מהסכום הנקוב בספח 1 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 נאמן למקור, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהיסטוכמיות, 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 נדרש. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח על-פי האמור בספח 1, לפי הנמוך מביניהם 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 כמפורט בספח 1.

3.6. **טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי ו/או ההידרותרפי עד הסכום הנקוב בספח 1 ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא אורטופד 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 כמפורט בספח 1.

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 מהסכום הכולל הנקוב בספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% 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 מהסכום המפורט בנספח 1 להלן.

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 הסכום הנקוב בנספח 1 ועד 9 חודשים.

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 הסכום הנקוב בנספח 1 ליום ועד 14 יום.

3.12. **טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 1 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 הראיה ושיניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום הנקוב בנספח 1 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 מהנקוב בנספח 1. החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar, Agrelief 10), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי רינגס, מכשיר TNS, חבישות לחץ, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטקונט, שתל קוכולארי, נעלים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה 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.

3.15. **הזרקת חומרי סיכוך למפרקים:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכוך למפרקים לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי כמפורט בנספח 1.

3.16. **טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות המפרקים וברקמות הרכות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות במפרקים או ברקמות הרכות עד סכום מרבי כמפורט בנספח 1.

התפתחות הילד:

3.17. **טיפולים /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 ועד סכום ביטוח כמפורט בנספח 1.

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 השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח כמפורט בנספח 1.

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, ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.4 כולל יעוץ גנטי אצל רופא מומחה בהלך ההיריון או לאחריו, עד לסכום המפורט בנספח 1.

3.19. **הפסקת הריון באמצעות גולת מייפיגן או טכנולוגיה דומה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, י עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גולת מייפיגן או טכנולוגיה דומה עד סכום הביטוח המצוין בנספח 1.

3.20. **כיסוי לתרומת ביצית** לרבות שאיבה והקפאת ביציות בכפוף למכתב מרופא מומחה. פעם אחת בתקופת הביטוח. עד לגובה המפורט בנספח 1.

3.21. **טיפול פרויון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטחת ב-80% מהסכום ששילמה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי פרויון 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 פרויון בישראל, וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1 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 תקרת הסכום הנקוב בנספח 1 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.

4. שיפוי שב"ן:

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, היא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים המפורטים בנספח 1

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

פרק ט': רפואה משלימה

טיפולים ברפואה משלימה: המבטח ישפה את המבוטח, כנגד קבלות מקוריות, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית 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, פלדנקרייז, ביו-פיזדבק, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, טווינה הכל כמפורט בנספח 1.

פרק י': כיסוי לביטוח סיעודי

תקף עד ליום 31.12.2017

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **"מוטב"** - המבוטח, או מי שנקבע על ידי המבוטח לקבל את תגמולי ביטוח עבורו ו/או במקומו.
- 1.2. **"תאונות"** - נזק גופני בלתי צפוי מראש הנגרם במשך תקופת הביטוח במישורין ע"י אמצעי אלימות חיכוניים וגלויים לעין, אשר מהווה ללא כל תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית להיות המוטב במצב מזכה.
- 1.3. **"מצב מזכה"** - אחד משני האירועים המצוינים להלן:
אירוע א. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר ביגו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או של לפחות 2 מתוך 6 הפעולות הבאות ובתנאי מפורש שאחת מהן היא לשלוט על הסוגרים:

1. לקום ולשכב

יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכיסא, כולל ביצוע פעולה זו מכיסא גלגלים ו/או ממיטה.

2. להתלבש ולהתפשט

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

3. להתרחץ

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

4. לאכול ולשתות

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

5. לשלוט על הסוגרים

יכולתו העצמאית של המבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או על פעלת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל: שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשב כאי שליטה בסוגרים.

6. ניידות

יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת תוך העזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולת העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או ריתוק לכיסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המוטב, יחשב כאי יכולתו העצמאית של המבוטח לנוע.

או:

אירוע ב. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח אשר עקב "תשישות נפש" שנקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח, לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן על פי קביעת רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

1.4. תגמול סיעודי:

א. בקרות מקרה הביטוח כאמור בסעיף 1.3 לפרק זה העובד/ת, בן/ת זוג וילדיהם שהינם מבוטחים יהיו זכאים לסכום פיצוי חודשי בסך 7,200 ₪ לחודש, אשר ישולם לאחר תקופת המתנה בת 45 יום לתקופת בת 60 חודש.

ב. בקרות מקרה הביטוח כאמור בסעיף 1.3 לפרק זה הגמלאים/ות, בני/ות זוג וילדיהם שהינם מבוטחים יהיו זכאים לסכום פיצוי חודשי בסך 7,200 ₪ או 3,600 ₪ לחודש, אשר ישולם לאחר תקופת המתנה בת 45 יום לתקופה בת 60 חודש.

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

2. תקופת המתנה

תקופת ההמתנה בגין מקרה ביטוח היא בת 45 יום. מובהר בזאת כי בקרות מקרה הביטוח תקופת ההמתנה, תכלול אף את ימי האשפוז בבית חולים רגיל ובמחלקת שיקום. למרות האמור לעיל, במידה והמבוטח לא מיצה את מלוא תקופת התגמול הסיעודי, וחזר להיות במצב מזכה, לא תחול לגביו תקופת המתנה נוספת.

3. שחרור מתשלום דמי ביטוח

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

4. שיפוי מיוחד לשיקום

המבוטח יהיה זכאי להחזר של עד 70% מהוצאות שיקום, שיש בהם כדי להשיבו למצב שאינו סיעודי ועד לתקרה של 30,000 ₪. הוצאות בגין שיקום יכללו: טיפולים רפואיים ו/או שיקומיים, אשר יש בהם על פי חו"ד רופא שיקומי או רופא גריאטרי מטעם המבוטח, כדי להשיבו למצב שאינו סיעודי. **מובהר בזאת, כי השיפוי הנ"ל לא יקוזז מן התגמול הסיעודי.**

■ בדיקת CT מיוחדת לפרקינסון - עד 4,000 ₪.

5. הגבלת חבות החברה מחוץ לגבולות המדינה

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

6. איסור התניה על כיסוי לביטוח סיעודי

מבטח לא יתנה ביטול של כיסוי ביטוחי כלשהו בביטול של כיסוי לביטוח סיעודי קבוצתי, כלומר פוליסה לביטוח סיעודי תבטל לגבי מבוטח מסוים רק אם הוא ביקש לבטל את הכיסוי הסיעודי.

נספח 1 - רשימת גבולות אחריות המבטח

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	פרק בפוליסה
במסגרת ההסכם - שיפוי מלא. לא בהסכם - שיפוי עד 4,500,000 ₪ בכפוף למגבלות הסכומים המפורטים להלן. עד 1,000,000 ₪	השתלות בחו"ל השתלת לב מלאכותי	3.1	פרק א' השתלות בחו"ל וטיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל
במסגרת הסכם - שיפוי מלא לא בהסכם - עד 800,000 ₪	טיפול מיוחד בחו"ל	3.2	
עד 200,000 ₪	הוצאות בגין בדיקות לאיתור האיבר להשתלה כולל איתור תורם מח עצם	3.4.1	
עד 200,000 ₪	קציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ההשתלה	3.4.2	
עד 1,000,000 ₪	שימוש בלב מלאכותי לפני השתלת לב	3.4.3	
עד 25,000 ₪	הוצאות נסיעה לחו"ל - עד שלוש נסיעות למקרה ביטוח.	3.4.4	
עד 100,000 ₪	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת	3.4.5	
עד 1000 ₪ למלווה יחיד או 1,500 ₪ לזוג מלווים ליום ועד 200,000 ₪	הוצאות לשהייה בחו"ל	3.4.6	
עד 150,000 ₪	טיפול המשך לאחר ההשתלה או טיפול מיוחד	3.4.8	
עד 10,000 ₪	הוצאות חיוניות אחרות	3.4.10	
עד 30,000 ₪	מעקב בחו"ל	3.4.11	
350,000 ש"ח	פיצוי לפני ביצוע השתלה	3.6.1	
עד 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל	פיצוי לאחר ביצוע השתלה (רק בהשלמה לרובד מורחב א')	3.7.1	
עד 6,000 ₪ למשך 24 חודשים	גמלה לאחר השתלת האיברים הבאים: ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם.	3.8.1	
עד 20,000 ₪	הוצאות טיסה לטיפול ניסיוני	3.9.2	
עד 100,000 ₪	הטסה רפואית	3.9.3	
עד 1000 ₪ ליום לאדם	הוצאות שהייה	3.9.4	

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק ב' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	3.5	סכום השיפוי המרבי	עד 1.5 מיליון ש"ח מתחדש כל שנתיים וחצי
	3.1	השתתפות עצמית של המבוטח	150 ש"ח
	3.1.1	השתתפות עצמית של המבוטח	300 ש"ח
	3.6	תשלום בגין טיפול רפואי נלווה	200 ש"ח לכל טיפול
פרק ג' כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	1.2	ניתוח בחו"ל בכפוף לאישור המבטח מראש	בית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. בית חולים שלא בהסכם - שיפוי עד 150% מעלות ניתוח בארץ.
	1.4.1	כיסוי להטסה רפואית	עד 85,000 ש"ח
	1.4.2	כיסוי להוצאות טיסה	עד 25,000 ש"ח
	1.4.2	הוצאות שהיה	עד 700 ש"ח ליום ולא יותר מ-21 ימים
	1.4.3	הטסת גופה	כיסוי מלא
	1.4.4	הבאת מומחה לישראל	שיפוי עד 100,000 ש"ח
	1.4.5	הוצאות שהיה למבוטח לאחר ניתוח	עד 700 ש"ח ליום ולא יותר מ-5 ימים
פרק ד' כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - כיסוי משלים שב"ן	3.1	התייעצות	3 התייעצויות בשנה ועד 1,500 ש"ח להתייעצות
	3.4	טיפול מחליף ניתוח	עד תקרת הניתוח המוחלף בישראל ולא יותר מ-200,00 ש"ח למקרה ביטוח
	1.1	התייעצות	החזר של 70% ועד 600 ש"ח
פרק ו' השתלות איברים בחו"ל - השלמה לסעיף פיצוי לאחר ההשתלה	3.7.1	פיצוי לאחר ביצוע השתלה	350,000 ש"ח עבור השתלה בחו"ל
	3.1	התייעצות	3 התייעצויות בשנה ועד 1,500 ש"ח להתייעצות
פרק ז' כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - כיסוי מהשקל הראשון	3.4	טיפול מחליף ניתוח	עד תקרת הניתוח המוחלף בישראל ולא יותר מ-200,00 ש"ח למקרה ביטוח

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	פרק בפוליסה
עד 1,200 ₪ לכל התייעצות השתתפות עצמית 20%	התייעצות עם רופא מומחה	3.1	פרק ח' שירותים אמבולטוריים
עד סכום ביטוח מרבי של 6500 ₪	כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל	3.2	
עד סכום ביטוח מרבי של 4500 ₪	הוצאות טיסה ושהיה עבור חוות דעת שנייה בחו"ל		
עד 6,100 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	בדיקות רפואיות אבחנתיות	3.3	
עד 4500 ₪ לשנת ביטוח	חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	3.4	
עד סכום ביטוח מרבי של 3000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%	חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה	3.5	
עד 275 ₪ לטיפול, לא יותר מ-20 טיפולים לשנת ביטוח, 20% השתתפות עצמית	טיפול פיזיותרפיה הדרותרפיה אמבולטוריים	3.6	
עד 250 ₪ לטיפול, לא יותר מ-22 טיפולים לשנת ביטוח, 20% השתתפות עצמית	טיפול שיקום אחרי ניתוח או תאונה	3.7	
עד 30,000 ₪ למקרה ביטוח ובהשתתפות עצמית של 15%	בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות	3.8	
עד 10,000 ₪ למקרה ביטוח ובהשתתפות עצמית של 15%	טיפול ע"י מקרופאגים	3.9	
עד 200 ₪ לחודש 25% השתתפות עצמית	התעמלות שיקומית	3.10	
עד 770 ₪ ליום לא יותר מ-14 יום השתתפות עצמית של 25%	החלמה לאחר ניתוח גדול	3.11	
עד 4,000 ₪ לשנת ביטוח השתתפות עצמית 25%	דום נשימה	3.12	
עד 200 ₪ לטיפול עד 12 טיפולים בשנת ביטוח	שיקום דיבור/ראיה/ריפוי בעיסוק	3.13	
עד 10,000 ₪ לשנת ביטוח	אביזרים רפואי	3.14	
עד 3000 ₪ למקרה ביטוח עלות החומר והטיפול עצמו	הזרקת חומרי סיכון למפרקים	3.15	

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	פרק בפוליסה
עד 3000 ₪ למקרה ביטוח	טיפול בגלי הלבם לריסוק הסתיידויות במפרקים וברקמות הרכות	3.16	פרק ח' שירותים אמבולטוריים
עד 1,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, בהשתתפות עצמית של 20%	אבחון התפתחות הילד	3.17	
150 ₪ לטיפול בהשתתפות עצמית של 20% עד 12 טיפולים לכל תקופת הביטוח	טיפול בהתפתחות הילד		
עד 4,000 ₪ השתתפות עצמית 20% הריון מרובה עוברים עד 8,000 ₪	בדיקות הריון	3.18	
עד 2100 ₪ השתתפות עצמית 20%	בדיקות סיקור גנטי לפני הריון		
עד 5,000 ₪ השתתפות עצמית 20%	בדיקות גנטיות במהלך ההיריון או לאחריו		
שיפוי עד 4000 ₪ למקרה ביטוח	הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפיגין	3.19	
עד 12,000 ₪	תרומת ביצית	3.20	
עד 10,000 ₪ לילד 20% השתתפות עצמית	טיפול פיריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ או בחו"ל	3.21	
עד 11,000 ₪ לטיפול 25% השתתפות עצמית	מימון לשירותי פונדקאות בארץ או בחו"ל	3.22	
190 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח השתתפות עצמית 20%	טיפולים	1	פרק ט' רפואה משלימה
פיצוי חודשי ע"ס 7,200 ₪ למשך 60 חודשים	תגמולי הביטוח	1.4	פרק י' כיסוי סיעודי תקף עד 31.12.2017
החזר עד 70% ועד תקרה של 30,000 ₪	שיפוי מיוחד לשיקום	4	

נספח 2 - נתוני הסכם הביטוח והפוליסה

הערות	תנאי הפוליסה	הנושא	סעיף	הסכם / פוליסה
ילד שלישי ואילך חינם	30 כולל	"ילד" יחשב עד גיל ("הגיל הקובע"). לאחר מכן ייחשב "ילד בוגר"	2.1	הסכם
	פרקים א' -ה'	רובד בסיס	3.1.1	הסכם
	פרקים ו' - ט'	רובד מורחב א'	3.1.2	הסכם
	פרק י'	רובד מורחב ב' - כיסוי סיעודי	7.1.3	הסכם
(להלן: "המועד הקובע")	1.12.2016	תאריך התחלת הביטוח	5.1	הסכם
(להלן: "תקופת ההסכם")	30.11.2021	תאריך סיום הביטוח	5.1	הסכם
	25% לתקופה של חמש שנים ו-10% לאחר מכן לכל החיים 15% לחמש שנים	הנחה לעובד שעוזב את הביטוח ועובר לפוליסת פרט לכיסוי הסיעודי בלבד (לא תינתן הנחה לכיסויי בריאות פרט) הנחה לגמלאי שעוזב את הביטוח ועובר לפוליסת פרט לכיסוי הסיעודי בלבד (לא תינתן הנחה לכיסויי בריאות פרט)	3.1	פוליסה פרק מבוא
	כל 18 חודשים	תקופת (ה)בדיקה	7.8	פוליסה פרק מבוא

איך לנהוג בעת תביעה?

חשוב לציין כי בכל מקרה של תביעה ולפני קביעת תור/ביצוע ניתוח ו/או השתלה ו/או התייעצות או בדיקה, יש ליצור קשר עם סוכנות הביטוח או מוקד שרות הלקוחות של הראל ולקבל את כל המידע בנוגע לתהליך הגשת התביעה והשימוש בפוליסה.

מה לעשות כשצריך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל?

■ עם היוודע הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד בחו"ל, ליצור קשר עם מוקד שירות לקוחות הראל בטלפון הרשום מטה, כדי לקבל הדרכה בתהליך התביעה במקרה השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.

ביצוע ניתוח באופן דחוף

במקרה של ניתוח פרטי דחוף, הנך מתבקש להודיע לביה"ח ולמנתח כי הנך מוטב בביטוח רפואי בהראל.

בהזדמנות הראשונה הודע **למוקד שירות לקוחות הראל** בטלפון הרשום מטה על הניתוח והעבר את כל המידע הרפואי בצירוף **הקבלות המקוריות** על התשלומים ששילמת.

למבוטחים במסלול שב"ן - בעלי ביטוח משלים בקופ"ח:

תכנית הביטוח לבעלי ביטוח משלים בקופ"ח (מסוג "כללית מושלם", "מגן זהב", "מאוחדת עדיף"/"מאוחדת שיא", "לאומית ועוד"/"לאומית זהב"), היא תכנית ביטוח ייחודית המונעת כפל כיסוי, תוך חסכון כספי ניכר. להלן, נוהל הגשת תביעה בעת הצורך בניתוח פרטי, במסגרת התכנית (נוהל זה רלוונטי אך ורק לגבי פרק הכיסוי לניתוחים):

העומד בבסיסה של התכנית לבעלי ביטוח משלים בקופ"ח, שהביטוח הינו רובד משלים לביטוח הקיים למבוטח במסגרת קופת החולים בה הוא חבר (שב"ן - שירותי בריאות נוספים); המשמעות היא, שעל המבוטח לא ממצה את זכויותיו במסגרת השב"ן, הוא אינו זכאי לקבלת תגמולי ביטוח כלשהם (לרבות התחייבויות) במסגרת התכנית.

לכן, כאשר מבוטח במסגרת תכנית זו נדרש לבצע ניתוח פרטי, עליו לפנות **במקביל** אל אגף התביעות ואל הביטוח המשלים של קופת החולים בה הוא חבר.

לנוחיותכם, להלן פרטי קופות החולים השונות, אליהן יש לפנות בעת הצורך:

■ קופ"ח כללית - 2700*.

■ קופ"ח מכבי - 53-53-50-700-1.

■ קופ"ח מאוחדת - 3833*.

■ קופ"ח לאומית - 507-507-700-1.

כיסוי לבעלי שב"ן (ביטוח משלים בקופ"ח)

ייתכנו 2 תגובות אפשריות של הביטוח המשלים בקופ"ח בעת תביעה לניתוח:

דחיית התביעה לחלוטין ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח* כאשר סוג הניתוח אינו מוכר ע"י הביטוח המשלים או כאשר המנתח/בי"ח הפרטי שבחר המבוטח אינם בהסדר עם השב"ן.

במקרים אלו יינתן לפעולה המבוקשת כיסוי מלא ע"י חברת הביטוח (עד תעריפי ההסכם של המבטח) ותנאי שקמה זכאות למקרה הביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה.

* במקרה של דחית השב"ן את הניתוח בשל תקופת אכשרה - הכיסוי ייבחן בהתאם למועד בו נרכשה הפוליסה והאם היה במועד הרכישה הנ"ל ביטוח משלים בקופ"ח כפי שמתחייבת ברכישת פוליסה זו.

אישור במסגרת הסכמי השב"ן - אישור התביעה ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח והכרה בניתוח המבוצע ע"י רופא הסכם של הביטוח המשלים, בבי"ח המצוי בהסכם עם הביטוח המשלים. במקרה כזה יקבל המבוטח מן הביטוח המשלים בקופ"ח התחייבויות לביצוע הניתוח. ויידרש להשתתפות עצמית אחת לניתוח הכוללת גם את מרכיב שתלים/תותבים במידה ויעשה בהם שימוש בניתוח. המבוטח יהיה זכאי להחזר ההשתתפות העצמית לעיל במסגרת תכנית הביטוח לבעלי שב"ן רק במקרה שהניתוח בוצע על ידי מנתח ובי"ח פרטיים שמצויים גם עם המבטח בהסכם כנגד הצגת קבלה, סיכום ניתוח וטופס תביעה כרגיל.

יש להדגיש כי חשוב וחינוי לפנות מראש אל חברת הראל בטלפונים הרשומים מטה או למוקד שירות לקוחות של הראל בטל: 1-800-44-5000 כדי לתאם ביצוע הניתוח.

למבוטחים רכשו את רובד ההרחבה

מה לעשות כשצריך ניתוח פרטי?

- ליצור קשר עם מוקד שירות לקוחות הראל בטלפון הרשום מטה ולקבל הדרכה ביצירת קשר עם הרופא המנתח במידת הצורך וכן לקבל טופס תביעה.
- לאחר בחירת הרופא המנתח יש לשלוח את טופס התביעה הכולל את שמו של הרופא, הסכמתו לביצוע הניתוח ואת כל פרטי תולדות המחלה וסוג הניתוח.
- מניסיוננו, במרבית המקרים תבחר ברופא הקשור בהסכם עם הראל ואז, לאחר בדיקת הזכאות, תשלם הראל ישירות למנתח את שכרו וישירות לביה"ח עבור שירותיו.
- אם תבחר ברופא שאינו קשור בהסכם עם הראל אזי, לאחר בדיקת הזכאות, תשלם הראל ישירות לביה"ח עבור שירותיו. את שכר המנתח תשלם אתה והראל תחזיר לך, לאחר קבלת הקבלה המקורית, את שכר המנתח עפ"י הסכום שהיא משלמת למנתח מקביל המופיע ברשימת מנתחי ההסכם שלה.

מה לעשות במצב סיעודי?

עם היוודע המצב הסיעודי, עליך או על מישהו מבני המשפחה, ליצור קשר עם מוקד שירות הלקוחות של הראל בטלפון הרשום מטה. הנציגים ידריכו אותך בדבר המסמכים והפרטים הרפואיים הדרושים לצורך הפעלת התביעה.

אנו עומדים לשירותך בכל עת!

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000

בכל שאלה ניתן לפנות ליחידת משאבי אנוש ושכר במרחבים:

מרחב צפון - 04-8350515, 04-8350504/5

מרחב ירדן - 04-6500521/2

מרחב מרכז - 08-9271513

מרחב דרום - 08-6789612

שח"מ - 03-5572684

מטה החברה - 03-6230640

פרטי התקשרות

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞

אבא הלל 3, בית הראל, 📍

ת.ד. 1951, רמת גן 5211802

פקס להגשת תביעות

03-7548166 📠

בכל שאלה ניתן לפנות ליחידת משאבי אנוש ושכר במרחבים:

מרחב צפון

04-8350515 📞

04-8350504/5 📞

מרחב ירדן

04-6500521/2 📞

מרחב מרכז

08-9271513 📞

מרחב דרום

08-6789612 📞

שח"מ

03-5572684 📞

מטה החברה

03-6230640 📞