

אפריל 2024



ביטוח בריאות קבוצתי פרסונל פלוס

לעובדי וגמלאי שירותי בריאות כללית
ובני משפחותיהם





מבוטחים יקרים,

אנו שמחים להציג בפניכם את תנאי תכנית ביטוח הבריאות הקבוצתי לחברי וגמלאי האגודה השיתופית לעזרה הדדית ולחסכון של עובדי קופ"ח בע"מ ובני משפחותיהם - "פרסונל פלוס".

בחוברת תנאי הפוליסה תוכלו למצוא את הפרטים על מגוון השירותים הרפואיים הקיימים במסגרת תכנית הביטוח.

האגודה דאגה לתוכנית ביטוח בעלת היקף כיסוי רחב ובתעריפים משתלמים לשם מתן מענה לאירועים רפואיים מורכבים ומצילי חיים.

אנו מאחלים לכם בריאות איתנה ומקווים שתכנית הביטוח החדשה תיתן מעטפת הולמת לכולכם. בברכה,

ד"ר משה קוסטינר
יו"ר ארגון רופאי
שירותי בריאות
כללית

ד"ר אלכס לוין
יו"ר מועצת האגודה
השיתופית

פינינה פחימה
מנכ"ל האגודה
השיתופית

פרוספר בן חמו
יו"ר ארגון עובדי
שירותי בריאות
כללית

תוכן עניינים

4	גילוי נאות
13	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לחברי אגודה שיתופית לעזרה הדדית וחסכון של עובדי קופ"ח כללית בע"מ ובני משפחותיהם
27	פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
31	פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות
35	פרק ג': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
39	פרק ד': ייעוץ ובדיקות
40	פרק ה': ליווי רפואי

גילוי נאות

טלפון *2735 פקס 037348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
------------------------------	--	--	---

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לחברי אגודה שיתופית לעזרה וחסכון הדדית של עובדי קופ"ח כללית בע"מ ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לחברי אגודה שיתופית לעזרה וחסכון של עובדי קופ"ח כללית בע"מ ובני משפחותיהם
סוג הביטוח	פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל פרק ב' - תרופות מחוץ לסל הבריאות פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל פרק ד' - ייעוץ ובדיקות פרק ה' - ליווי רפואי
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 01.04.2024 ועד ליום 31.03.2029.
תיאור הביטוח	<p>השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה, שהייה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה.</p> <p>תרופות מחוץ לסל הבריאות כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות/מכוסות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטים בפרק זה. כמו כן, ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.</p> <p>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן, כיסוי להוצאות הנלוות להן.</p> <p>ייעוץ ובדיקות השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים- חוות דעת רפואית בישראל ובדיקות אבחנתיות.</p> <p>ליווי רפואי שירות ליווי רפואי וסיוע במימוש זכויות בעת אירוע רפואי.</p>

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים להלן בתנאי הפוליסה:</p> <p>חריגים כללים לפוליסה - סעיף 9</p> <p>פרק א' השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל - סעיף 6</p> <p>פרק ב' תרופות לסל הבריאות - סעיף 4</p> <p>פרק ג' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - סעיף 4</p> <p>פרק ה' כתב שירות - ליווי רפואי - סעיפים 2.1.2, 2.2.2, 2.7.2, 2.12.2, 2.14.2, 2.22.2, 2.23.2, 2.25.</p> <p>באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>
<p>פרק א' השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל-</p> <p>סעיף 4.2.8 - פיצוי בסך 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p>סעיף 4.2.9 - פיצוי בסך 150,000 ₪ במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p>סעיף 4.3.3 השתלה שלא במימון החברה בחו"ל-פיצוי בסך 350,000 ₪.</p> <p>פרק ג' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל -</p> <p>סעיף 3.6 - פיצוי בסך 150,000 ₪ במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח בתוך 14 ימים ממועד הניתוח.</p>	<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>
<p>90 ימים.</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)!</p>
<p>פרק ב' תרופות מחוץ לסל הבריאות-</p> <p>סעיף 3.1.4 - השתתפות בשיעור של 15% עבור ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן.</p> <p>סעיף 5.1 - השתתפות בסך 200 ₪ לתרופה בחודש.</p> <p>עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪ - לא תיגבה השתתפות עצמית.</p> <p>פרק ג' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל-</p> <p>סעיף 3.5.6.4 - השתתפות של 20% עבור הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב כהגדרתו.</p> <p>פרק ד' ייעוץ ובדיקות -</p> <p>סעיף 3 - השתתפות של 20% מההוצאות בהן נשא בפועל המבוטח.</p> <p>פרק ה' ליווי רפואי -</p> <p>סעיף 24 - השתתפות עצמית בסך 380 ₪ עבור כל מקרה.</p>	<p>השתתפות עצמית</p>

יתקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תמצית פרטי הפוליסה

<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.</p>	<p>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</p>																											
<p>דמי הביטוח החדשיים בש"ח ואופן תשלומם יהיו כדלקמן:</p> <table border="1" data-bbox="101 312 824 660"> <thead> <tr> <th>גיל המבוטח/ת</th> <th>תעריף חודשי (ש"ח)</th> <th>אופן התשלום</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>עד גיל 18</td> <td>15.92</td> <td>חברים ובני משפחתם - גבייה מרוכזת בניכוי מתלוש השכר</td> </tr> <tr> <td>19-30</td> <td>27.25</td> <td>ילד של חבר המצרף בן/בת זוג (חתן/כלה) - אמצעי גבייה אישי</td> </tr> <tr> <td>31-39</td> <td>27.58</td> <td>אמצעי גבייה אישי</td> </tr> <tr> <td>40-49</td> <td>33.32</td> <td>אמצעי גבייה אישי</td> </tr> <tr> <td>50-59</td> <td>33.32</td> <td>גמלאים ובני משפחתם - אמצעי גבייה אישי</td> </tr> <tr> <td>60-64</td> <td>49.79</td> <td>אמצעי גבייה אישי</td> </tr> <tr> <td>65-69</td> <td>59.86</td> <td>אמצעי גבייה אישי</td> </tr> <tr> <td>70+</td> <td>59.86</td> <td>אמצעי גבייה אישי</td> </tr> </tbody> </table> <p>כלל התעריפים לעיל יהיו צמודים למדד שפורסם ביום 15.03.2024.</p> <p>דמי הביטוח ישתנו בהתאם לקבוצת הגיל, אליה משתייך המבוטח/ת, ע"פ הטבלה לעיל ובהתאם לגיל המבוטח/ת בראשון לחודש יום ההולדת.</p>	גיל המבוטח/ת	תעריף חודשי (ש"ח)	אופן התשלום	עד גיל 18	15.92	חברים ובני משפחתם - גבייה מרוכזת בניכוי מתלוש השכר	19-30	27.25	ילד של חבר המצרף בן/בת זוג (חתן/כלה) - אמצעי גבייה אישי	31-39	27.58	אמצעי גבייה אישי	40-49	33.32	אמצעי גבייה אישי	50-59	33.32	גמלאים ובני משפחתם - אמצעי גבייה אישי	60-64	49.79	אמצעי גבייה אישי	65-69	59.86	אמצעי גבייה אישי	70+	59.86	אמצעי גבייה אישי	<p>עלות הביטוח</p>
גיל המבוטח/ת	תעריף חודשי (ש"ח)	אופן התשלום																										
עד גיל 18	15.92	חברים ובני משפחתם - גבייה מרוכזת בניכוי מתלוש השכר																										
19-30	27.25	ילד של חבר המצרף בן/בת זוג (חתן/כלה) - אמצעי גבייה אישי																										
31-39	27.58	אמצעי גבייה אישי																										
40-49	33.32	אמצעי גבייה אישי																										
50-59	33.32	גמלאים ובני משפחתם - אמצעי גבייה אישי																										
60-64	49.79	אמצעי גבייה אישי																										
65-69	59.86	אמצעי גבייה אישי																										
70+	59.86	אמצעי גבייה אישי																										
<p>לאחר 36 חודשים מתאריך תחילת הביטוח תיתכן אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח כקבוע בתנאי ההסכם.</p>	<p>שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח</p>																											

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל	<p>השתלה לפי סעיף 1.1 בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד.</p> <p>סעיף 4.3.3 פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.</p>	<p>להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 4.1 וכן, שיפוי להוצאות המפורטות בסעיף 4.2.</p> <p>להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 4.1 וכן, שיפוי להוצאות המפורטות בסעיף 4.2.</p> <p>סכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח יהא עד 5,000,000 ₪;</p> <p>סעיף 4.3.3 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה.</p>	
טיפול מיוחד מחוץ לישראל	<p>סעיף 1.2 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p>סעיף 3.3 - עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים 4.1.7-4.1.2 וכן, שיפוי להוצאות המפורטות בסעיפים 4.2.2 - 4.2.7.</p> <p>סעיף 3.4 - עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות 4.1.7-4.1.2 וכן, שיפוי להוצאות המפורטות בסעיפים 4.2.2 - 4.2.7 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 2,000,000 ₪.</p>		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 4.3.2 לאחר ביצוע השתלה. סעיף 4.3.1 גמלה למועמד להשתלה.	סעיף 4.3.2 - גמלה חודשית בסך 6,500 ₪ לאחר ביצוע השתלה למשך תקופה של 24 חודשים, למעט השתלת מח עצם עצמית. סעיף 4.3.1 - גמלה חודשית בסך 7,500 ₪ למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו. עבור מבוטח השוהה באשפוז בבית חולים - תינתן גמלה חודשית בסך 3,750 ₪ לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-12 חודשים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ב' - תרופות מחוץ לסל הבריאות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2.1 - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולת ברשימת התרופות המאושרות על פי התווייה רפואית למצבו של המבוטח או תרופות הכלולות בסל להתווייה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתווייה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום או תרופה מיוחדת כהגדרתן בפרק זה.	בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1-2.1.4 3,000,000 ₪ לתקופה של שנתיים. סכום הביטוח יתחדש אחת לשנתיים. בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 (תרופה מיוחדת) - 1,000,000 ₪ ולא יותר מ-200,000 ₪ בחודש. סכום הביטוח יתחדש אחת לשנתיים.	סעיף 5.1 - השתתפות של 200 ₪ לתרופה בחודש. עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪ - לא תיגבה השתתפות עצמית.
בדיקה גנטית להתאמת הטיפול הסרטן	סעיף 2.2 - מצבו הרפואי של המבוטח המצריך ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול הסרטן, לפי המלצה של רופא אונקולוג המטפל במבוטח.	סעיף 3.1.4 - עד 40,000 ₪ עבור כל מקרה ביטוח.	סעיף 3.1.4 - השתתפות של 15% עבור ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן.
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.1.3 - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.	עד לסך של 250 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 60 ימים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	סעיפים 3.4 ו-3.5 - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הבאת מומחה רפואי לישראל, טיפולי שיקום ועוד.	לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, ושיפוי להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 וכן, פיצוי כמפורט בסעיף 3.6.
הוצאות שהייה	סעיף 3.5.6.2 - הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב.	עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4 ושיפוי להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 וכן, פיצוי כמפורט בסעיף 3.6 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 3.4.3 - עלות הטסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח.	כיסוי מלא.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 3.3 - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל	סעיף 3.3 - עד תקרת עלות של 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

פרק ד' - ייעוץ ובדיקות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ² (אכשרה)	השתתפות עצמית
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 3.1 - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה ו/או פסיכיאטר).	כיסוי עד ל-700 ש"ח להתייעצות ועד 3 סה"כ התייעצויות בשנת ביטוח למבוטח.	סעיף 4 - 90 יום	20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 3.2 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה ובדיקת MRI.	כיסוי עד 4,000 ש"ח לבדיקות אבחנתיות ועד 5,000 ש"ח עבור בדיקת M.R.I למבוטח בשנת ביטוח.	סעיף 4 - 90 יום	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

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

פרק ה' - ליווי רפואי

שם השירות	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
רפא מלווה אישי פלוס	מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. בכפוף לתקופת אכשרה של 90 ימים.	עד 4 פגישות אישיות עם המנהל הרפואי האישי. משך השירות - עד 90 יום מיום אישור המקרה על ידי הממייין הראשי. קבע המנהל הרפואי האישי כי קיים צורך רפואי להאריך את השירות לתקופה נוספת של 90 יום, יתאפשר הדבר בכפוף לאישור הספק ובתשלום נוסף וזוהה של השתתפות עצמית.	380 ש"ח עבור כל מקרה רפואי לניהול כמפורט בפרק.

סכומי הביטוח כמפורט לעיל צמודים למדד שפורסם ביום 15.03.2024.

מידע נוסף:

סכומים שאינם בערך נקוב: יובהר כי תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב, אם קיימים בפוליסה שברשותך, מבוססים על מחירי הסכם המתעדכנים מעת לעת על פי המפורט באתר החברה.

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

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לחברי אגודה שיתופית לעזרה הדדית וחסכון של עובדי קופ"ח כללית בע"מ ובני משפחותיהם

1. הגדרות כלליות-

בפוליסה ובפרקיה/ נספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:

- 1.1 "החברה או המבטח" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל הנספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3 "בעל הפוליסה" - אגודה שיתופית לעזרה וחסכון הדדית של עובדי קופ"ח כללית בע"מ.
- 1.4 "המבטח" - חברה/ קיים או חדש אצל בעל הפוליסה, גמלאית/ שהינו מבטח קיים בלבד אצל בעל הפוליסה, ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדי עובד/ת, לרבות ילדים בוגרים שהיו מבטחים טרם הגיעם לגיל 25 שנים בפוליסה הקודמת וגילם כיום הוא עד 35 שנים, חתנים, כלות, נכדים ואלמנה/ של חבר מבטח אצל בעל הפוליסה, תושב מדינת ישראל ובעל אזרחות ישראלית והכל בהתאם להגדרות המונחים בפוליסה, אשר הצטרפו ו/או יצטרפו לפוליסה.
- 1.5 "חבר קיים" - כל מי שהינו חבר אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הביטוח.
- 1.6 "חבר חדש" - חבר שלא היה קיים אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הביטוח.
- 1.7 "גימלאי" - מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה:
 - 1.7.1 קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדיון 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;
 - 1.7.2 תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת;
- 1.8 "גיל הפרישה המוקדמת" - כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה, התשס"ד-2004;
- 1.9 "מבטחים קיימים" - מבטחים אשר היו מבטחים במועד תחילת הפוליסה במסגרת הפוליסה הקודמת כהגדרתה להלן.
- 1.10 "פוליסה קודמת" - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה בהראל (מושלם לעובד/גמלאי) שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.11 "הסכם הביטוח" - הסכם מיום 01.04.2024 בין בעל הפוליסה לבין המבטח לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לחברי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
- 1.12 "תאריך תחילת הביטוח" / "המועד הקובע" - 01.04.2024.
- 1.13 "תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף המבטח לביטוח זה.
- 1.14 "דמי הביטוח" / "הפרמיה" - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.
- 1.15 "מקרה הביטוח" - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול ו/או ריפוי רפואי המהווה ו/או כתוצאה ממקרה ביטוח הנו חלק מאותו מקרה ביטוח.

- 1.16. **"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 למעט מקרה ביטוח שארע כתוצאה מתאונה כהגדרתה בסעיף 1.53.** מודגש, כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה), דינו כמקרה ביטוח שארע ו/או התגלה לפני תחילת הביטוח, והחברה לא תהא אחראית לתשלום תגמולי ביטוח כלשהם בגינו על פי פוליסה זו.
- 1.17. **"תקופת המתנה"** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מנין 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 מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.
- 1.18. **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 1.19. **"מדד הבסיס"** - המדד הידוע במועד תחילת הפוליסה כהגדרתו בסעיף 1.12 לעיל.
- 1.20. **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה במועד ההצטרפות של המבוטח לפוליסה.
- 1.21. **"גיל"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו, ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.
- 1.22. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.23. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.24. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981.
- 1.25. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994.
- 1.26. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.27. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל חבריה.
- 1.28. **"שירותי בריאות נוספים (שב"ן)"** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי 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.
- 1.29. **"ישראל"** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.30. **"חו"ל"** - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.31. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.

- 1.32. **"בית חולים פרטי"** - 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 (להלן: "חוק עדיפויות");
- (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק עדיפויות שהרשויות המוסמכות התירו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.33. **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.34. **"בית חולים בחו"ל"** - מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא, כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.
- 1.35. **"מנתח"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח.
- 1.36. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.37. **"רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות
- 1.38. **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.39. **"חדר ניתוח"** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.40. **"אח/אחות"** - אחות בעלי תעודות הסמכה של רשות מוסמכת בישראל או בחו"ל.
- 1.41. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.42. **"נותן שירות"** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשלום לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.43. **"נותן שירות/ספק שבהסכם"** - בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, מנתח שהינו רופא מומחה (כהגדרתו לעיל) או רופא אשר הוסמך בחו"ל כמומחה מנתח וכל רופא או גוף אחר עמם קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיו צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.
- 1.44. **"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 לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו על ידי המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.**
- 1.45. **"תותבת/שתל"** - כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגוף של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), **למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה.**
- 1.46. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את 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.
- 1.47. **"יום אשפוז"** - שהות של 24 שעות בבית חולים.

- 1.48. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים עפ"י פירוט דמי הביטוח ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח קודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.49. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח) או להמשיך את הביטוח (מאחר ונדרשת הסכמת המבוטח לפי תקנות ביטוח בריאות קבוצתיות).
- 1.50. **"חיתום"** - תהליך קבלת החלטה אצל המבטח אם לקבל את המועמד לביטוח, ובאילו תנאים לקבלו (בתנאים רגילים, בתוספת פרמיה או בהחרגת הבעיה הספציפית אם קיימת).
- 1.51. **"רצף ביטוחי"** - הצטרפות מביטוח קודם (כהגדרתו לעיל) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות ו/או ללא תקופת אכשרה, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח את מועד הצטרפותו לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים בלבד. יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודמת.
- 1.52. **"תקרת כיסויי"/"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.
- 1.53. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח 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 הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה"**.
- 1.54. **"תביעה"** - פניה מאת מבוטח או מאת בעל הפוליסה בשם המבוטח אל המבטח לתשלום עבור שירותים לפי פוליסה זו, ו/או לקבלת תגמולי ביטוח ו/או למתן התחייבות לתשלום עבור שירותים כאמור בפוליסה זו.
- 1.55. **"טיפול נסיוני"** - טיפול רפואי (ניתוח, השתלה, טיפול תרופתי, טיפול רפואי כלשהו) אשר אינו מאושר ע"י אף אחת מהרשויות המוסמכות בישראל או ע"י ה-F.D.A ו/או ע"י רשות מוסמכת במדינות האיחוד האירופי, קנדה, ו/או אוסטרליה, לטיפול במצבו הרפואי הספציפי של המבוטח.
- 1.56. **"ועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980), על תוספותיהן ותיקוניהן (1999).

2. **תוקף הפוליסה, אופן ההצטרפות ומבנה הביטוח-**

- 2.1. **תוקף הפוליסה** - פוליסה זו תכנס לתוקפה החל מתאריך תחילת הביטוח.
- 2.2. **אופן ההצטרפות:**

- 2.2.1. חברים/גמלאים ובני משפחתם, שהינם מבוטחים קיימים כהגדרתם בסעיף 1.9 לעיל, יהיו רשאים להצטרף לתכנית הביטוח באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) ובכפוף להסכמתם המפורשת בכתב לשינוי בדמי הביטוח והפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי וזאת עד לתאריך תחילת הביטוח.

- 2.2.2 חברים קיימים (שאינם גמלאים) ובני משפחתם אשר אינם מבוטחים קיימים יהיו רשאים להצטרף לביטוח באופן וולנטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למען הסר ספק, יובהר כי האמור חל גם על מבוטחים שלא התקבלו לביטוח הקודם או כאלו שנמצאים בהליך חיתום רפואי שטרם הסתיים.
- 2.2.3 ילדים בוגרים (מעל גיל 25 שנים) של חברים שהינם מבוטחים קיימים בתכנית הביטוח, שגילם עד 35 שנים כיום ואשר נגרעו מהפוליסה הקודמת בשל גילם, יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה בתוך 90 ימים מיום תחילת הביטוח. למען הסר ספק, לאחר 90 ימים כאמור לעיל, הצרוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.
- 2.2.4 חבר חדש יהיה רשאי להצטרף לביטוח באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) וזאת לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח. למרות האמור לעיל, חבר חדש יהיה רשאי להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה, בתוך 90 ימים מיום תחילת עבודתו. למען הסר ספק, לאחר 90 ימים כאמור, הצרוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.
- 2.2.5 בני משפחה של חבר חדש (לרבות בן/בת זוג, ילדים, חתנים/כלות ונכדים) יהיו רשאים להצטרף לביטוח באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה), לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, בני משפחה של חבר חדש המצטרפים בתוך 90 יום מיום תחילת עבודתו או בתוך 90 ימים ממועד הפיכתם לבני משפחה (נישואין) לא יידרשו למלא הצהרת בריאות. למען הסר ספק, לאחר 90 ימים כאמור לעיל, הצרוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.
- 2.2.6 מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יהיה רשאי להצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.
- 2.2.7 תינוקות שיוולדו למבוטחים במהלך תקופת הביטוח שעל פי פוליסה זו, יהיו זכאים להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות וחיתום רפואי וזאת בתנאי שהבקשה לצירופם לביטוח הוגשה באמצעות טופס הצטרפות במהלך 4 חודשים מיום לידתם. לאחר מועד זה, יידרשו במילוי הצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח.
- 2.2.8 שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה תשלח החברה בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלחה החברה תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

2.2.9 צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:

2.2.9.1 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

2.2.9.1.1 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 10ד(ג) לחוק עובדים זרים;

2.2.9.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

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

2.2.9.2 סעיף 2.2.8.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

2.2.9.2.1 הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

2.2.9.2.2 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 מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

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

(א) ניתוחים

(ב) תרופות

(ג) השתלות

(ד) מחלות קשות

(ה) שיניים

(ו) תאונות אישיות

2.3 מבנה הביטוח:

מבטוחים קיימים אשר היו מבטוחים בפוליסה הקודמת	חברים חדשים ובני משפחתם	
צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות	
א' - ה'	פרקי הכיסוי	

3. תקופת הביטוח:

- 3.1 תקופת הביטוח תהיה למשך 60 חודשים מתאריך תחילת הביטוח ועד ליום 31.03.2029.
- 3.2 תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים.
- 3.3 פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבטוח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 3.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבטוח בשל כיסויים אלה - סעיף 9 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.
- 3.4 פחת מספר המבטוחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם - סעיף 4(ג) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.

4. חובת גילוי:

- 4.1 (א) הציג המבטוח למבטוח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטוח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבטוח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.
 - (ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם היתה סבירה בעת כריתת החוזה.
 - (ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבטוח של ענין שהוא ידע כי הוא ענין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 4.2 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאית החברה, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטוח.
- 4.3 ביטלה החברה את הפוליסה מכוח סעיף זה, זכאי המבטוח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם פעל המבטוח בכוונת מרמה.
- 4.4 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח סעיף זה, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והחברה פטורה כליל בכל אחת מאלה:
 - 4.4.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
 - 4.4.2 מבטוח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבטוח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח בניכוי הוצאות החברה.
 - 4.5 המבטוח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
 - 4.5.1 הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.

- 4.5.2 העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.
- 4.6 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבטח פעל בכוונת מרמה.

5. תום תקופת הביטוח וברות ביטוח

5.1 הפסקת תקופת הביטוח:

הפסקת ביטוח תכנס לתוקפה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:

- 5.1.1 במועד תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 3.1 לעיל;
- 5.1.2 לפי המוקדם במקרים המנויים בסעיף 5.2.2 להלן;
- 5.1.3 על פי בקשת המבוטח בכתב למבטח;
- 5.1.4 במועד הפסקת החברות של המבוטח אצל בעל הפוליסה - הביטוח יסתיים הן לגבי המבוטח החבר והן לגבי בני משפחתו המבוטחים.

5.2 המשכיות בפוליסת פרט:

- 5.2.1 במקרים המנויים בסעיף 5.2.2 להלן יתאפשר לעבור לפוליסת פרט (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:

5.2.1.1 פוליסת המשך תהיה בהיקף כסויים דומים (אך לא זהים) לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, המקובלות אצל המבטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות המפקח על הביטוח.

5.2.1.2 דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח בפוליסה דומה על פי גיל המבוטח.

במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי לכיסויים החופפים ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

5.2.2 האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 5.2.1, ינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:

5.2.2.1 סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

5.2.2.2 הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם;

5.2.2.3 במידה ובסיום תקופת הסכם זה, בעל הפוליסה לא כרת הסכם לביטוח בריאות קבוצתי חדש עבור כלל חבריו - בין אם הסכם כאמור ייעשה באמצעות החברה המבטחת ובין באמצעות מבטח אחר. בנוסף, במקרה המפורט ס"ק 5.2.2.3 זה בלבד - על התעריפים הקבועים בסעיף 5.2.1.2 לעיל תינתן הנחה בשיעור של 15% למשך 10 שנים, החל ממועד תחילת הביטוח בפוליסת המשך. יודגש, כי ההנחה בדמי הביטוח לפי ס"ק זה לא תינתן במקרה של סיום הזיקה בין המבוטח לבעל הפוליסה (אשר מביאה לגריעתו מהפוליסה הקבוצתית) במהלך תקופת ההסכם או בכלל; וכן כי ההנחה לא תינתן במידה ובעל הפוליסה כרת הסכם לביטוח בריאות קבוצתי חדש עבור חלק מחבריו.

5.2.2.4. פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

5.2.2.5. גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

5.2.3. במקרים המפורטים בסעיף 5.2.2 לעיל, תפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.

5.2.4. ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

6. דמי הביטוח:

גיל המבוטח/ת	תעריף חודשי (בש"ח)	אופן התשלום
עד 18	15.92	חברים ובני משפחתם - גבייה מרוכזת בניכוי מתלוש השכר
19-30	27.25	
31-39	27.58	ילד של חבר המצרף בן/בת זוג (חתן/כלה) - אמצעי גבייה אישי
40-49	33.32	
50-59	33.32	גמלאים ובני משפחתם - אמצעי גבייה אישי
60-64	49.79	
65-69	59.86	אלמן/ה ושארים - אמצעי גביה אישי
70+	59.86	

6.1. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש.

6.2. לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.

6.3. דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 40 ביום 01.01.2021, דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 01.01.2021 לפי דמי הביטוח של גיל 40).

6.4. התאמת פרמיה: לאחר 36 חודשים מתאריך תחילת הביטוח תבוצע בדיקת צורך בהתאמת דמי הביטוח בהתאם לנוסח התאמת הפרמיה הקיים בהסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת. במקרה שבו לא ישולמו על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטחים, לפי העניין, דמי הביטוח המותאמים, החברה תהיה רשאית לבטל את ההסכם והפוליסה, בהתאם להוראות הדין.

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

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה,

- ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבוטח 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"-
- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
 - (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
 - (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
 - (4) במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
 - (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

7. תגמולי ביטוח

- 7.1 החברה תהא רשאית על פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן. המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 7.2 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.
- 7.3 נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי התחייבות האמורה תשלם החברה את היתרה לעזיבונו ו/או ליורשיו של המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן על פי צו קיום צוואה ו/או על פי צו ירושה. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 7.4 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 7.5 החברה תנכה מהתשלומים את כל החובות המגיעים לה מהמבוטח בגין פוליסה זו בכפוף להוראות הדין.
- 7.6 הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי שהיה מגיע למבוטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. בכל מקרה של פשרה, ויתור או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של החברה כאמור.
- 7.7 הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב - **סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:**
 - 7.7.1 החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.

7.7.2 בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

8. תביעות

8.1. תשלום תגמולי ביטוח אם התקיימו התנאים הבאים:

- 8.1.1 על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישור, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, יהא רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהמבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.
- 8.1.2 המבוטח חתם על כתב ויתור על סודיות ומסר למבטח כל הקבלות (מקור/ העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים (מסמכים מקוריים או העתק המסמכים המקוריים) הדרושים לחברה לבירור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 8.1.3 החברה תהא זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמה כפי שתמצא לנכון ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.
- 8.1.4 החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מבוצעים בפועל על ידי החברה, ולנזקים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירתו של המבוטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבוטח על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתיב השירות בפוליסה, ככל שקיימים כתיב שירות בפוליסה.
- 8.1.5 בכיסויים שלפיהם זכאי המבוטח לקבל החזר של הוצאות רפואיות יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבטח לפי דרישתו התחייבות כספית שתאפשר לו לקבל את השירות הרפואי, וזאת על חשבון הכספים שיגיעו לו על פי הפוליסה בכפוף לקיום הסכם עפ הספק.
- 8.1.6 תגמולי ביטוח להם זכאי המבוטח, בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע שאינו מטבע ישראלי - ישולמו במטבע ישראלי ויוצמדו לשער המטבע ביום התשלום.

9. חריגים כלליים

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, כולו או מקצתו, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או שנגרם במישרין ו/או בעקיפין כתוצאה מהמקרים הבאים:

- 9.1 מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח.
- 9.2 מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 9.3 מקרה הביטוח אירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח שארע מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.

9.4. מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

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

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

על אף האמור בסעיפים קטנים 9.4(א) ו-9.4(ב) לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבטח.

הוראות בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

10. מתן מסמכים והודעות למבטח - סעיפים 6,7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי-

10.1. מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;

10.2. על אף האמור בסעיף 10.10.1 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 המבטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין-

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

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

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

10.3. חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח.

10.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

10.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים שהיה מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בסעיף 2.2.9, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 2.2.9.2 לעיל; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבטח 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.

10.5.1. 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.

10.5.2. 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, ויציין בה את זכות המשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

10.5.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 11 להלן ימסור המבטח 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.

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

11. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:

11.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.2.9.2 לעיל והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח 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.

11.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.2.9 ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה 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 בסעיף 2.2.9.2 לעיל; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

11.3. על אף האמור בסעיף 3.3 לעיל, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, 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) לתקנות אלו, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

12. הצמדה:

- 12.1. סכומי הביטוח הקובעים, וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או המבוטח, לפי העניין, צמודים למדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל.
- 12.2. דמי הביטוח, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכל לפי העניין, צמודים למדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע תשלום דמי הביטוח.
- 12.3. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל או המדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע התשלום, לפי העניין, לבין המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.

13. התיישנות:

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על-פי פוליסה זו, היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

14. חוק הביטוח וחוק הבריאות:

- 14.1. הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981 יחולו על פוליסה זו.
- 14.2. למען הסר ספק, הוראות פוליסה זו כפופות להוראות החוק והרגולציה ואין בהם כדי לגרוע מזכויותיו של המבוטח.
- 14.3. אם יחולו שינויים בחוק הבריאות או בסל שירותי הבריאות על פי חוק הבריאות, תהא החברה רשאית לערוך את השינויים המתבקשים מכך בפוליסה.

15. הצהרת בעל הפוליסה - סעיף 3 א' 1 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת כי הינו פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

16. שינויים:

- 16.1. החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם.
- 16.2. בעל הפוליסה מצהיר בזאת כי מודע לכך שגובה דמי הביטוח הקבועים בהסכם זה נקבעו על ידי החברה ואושרו על ידו וזאת על בסיס המצב החוקי והרגולטורי כפי שהיה במועד החתימה על ההסכם. לאור האמור לעיל, מוסכם ומוצהר בין הצדדים כי במידה ויחול שינוי מהותי בשוק ביטוחי הבריאות בישראל - הציבורי והפרטי, לרבות אך לא רק, הגבלה של מתן שירותים על ידי ספקים שבהסדר בלבד ו/או קביעת השתתפות עצמית, תהיה חברת הביטוח רשאית להתאים את הפרמיה במהלך תקופת הביטוח ו/או להפסיק את תקופת הביטוח בתוך 60 יום מהיום בו יחול השינוי.

17. מיסים והיטלים:

- 17.1. בעל הפוליסה או המבוטח, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.
- 17.2. המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום המבוטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם, כאמור, חלק מתגמולי הביטוח.

18. הבהרה לזמן השירות הצבאי:

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

פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

1. הגדרות -

- 1.1.1 **השתלה:** השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות כמפורט באחד מסעיפים 1.1.1 - 1.1.3 להלן:
- 1.1.1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועה, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח; השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושלל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד;
- 1.1.1.2 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם;
- 1.1.1.3 השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו;
- 1.2 **טיפול מיוחד מחוץ לישראל:** טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח (למעט השתלה כהגדרתה לעיל), שרופא מומחה בישראל בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיימים בו לפחות שניים מהתנאים הבאים המפורטים בסעיפים 1.2.1-1.2.4 להלן:
- 1.2.1 שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל; לעניין זה -
- ”טיפול חלופי בישראל” - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח הניתן לביצוע בישראל, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת באמצעות טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגע באיכות חייו.
- 1.2.2 הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו;
- 1.2.3 זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאתו סוג, ארוך באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח;
- 1.2.4 סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל;
- 1.3 **רופא מומחה בישראל:** רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו 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;
- 1.4 **תקופת אכשרה:** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לתכנית הביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח תכנית הביטוח שאליה הצטרף; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

3. כיסוי ביטוחי

- הכיסוי הביטוחי יהיה בהתאם למפורט להלן ובסכומי ביטוח מרביים לכל תקופת הביטוח:
- 3.1. **להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי כמפורט בסעיף קטן 4.3.
 - 3.2. **להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.2 וכן פיצוי כמפורט בסעיף קטן 4.3 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח יהא עד 5,000,000 ₪;
 - 3.3. **עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.2.2 עד 4.2.7.
 - 3.4. **עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים קטן 4.2.2 עד 4.2.7 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 2,000,000 ₪.

4. התחייבות החברה

- יובהר כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח.
- 4.1. בקרות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח בגין ההוצאות המפורטות להלן - **שיפוי מלא**, בכפוף להוראות ולתקרות סכומי הביטוח המפורטים בסעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:
 - 4.1.1. הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה;
 - 4.1.2. הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד;
 - 4.1.3. הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;
 - 4.1.4. הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין, והוצאות שיבתם לישראל;
 - 4.1.5. הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;
 - 4.1.6. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;
 - 4.1.7. הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ;

- 4.2 בקרות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח להוצאות המפורטות להלן - שיפוי לפי תקרות הסכומים המופיעות לצדן, ובכפוף לסעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:
- 4.2.1 הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל - עד 300,000 ₪;
- 4.2.2 הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל לרבות טיסות הלוך ושוב לחו"ל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים - עד 200,000 ₪;
- 4.2.3 הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה - עד 250,000 ₪;
- 4.2.4 הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪; על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא;
- 4.2.5 הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים;
- 4.2.6 הוצאות לטיפול המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל - עד 200,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע ההשתלה, ועד 150,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל;
- 4.2.7 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל;
- 4.2.8 תשלום פיצוי בסך 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.
- 4.2.9 תשלום פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל בסך 150,000 ₪.
- 4.3 בקרות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח להוצאות המפורטות להלן - פיצוי לפי סכומים המופיעים לצדן, ובכפוף להוראות סעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:
- 4.3.1 קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו 7,500 ₪; לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 3,750 ₪ לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-12 חודשים; לעניין זה "מועמד להשתלה" - מבוטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה;
- 4.3.2 גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית - 6,500 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים;
- 4.3.3 השתלה שבוצעה מחוץ לישראל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבוטח - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪;

5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

6. חריגים-

- 6.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

- 6.2. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;
- 6.3. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.4. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 6.5. השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל 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;
- 6.6. השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל;
- 6.8. טיפולי רפואה משלימה;
- 6.9. טיפולים נפשיים;
- 6.10. לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל-
- 6.10.1. טיפול מיוחד מסיבה של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה;
- 6.10.2. טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות-

- 1.1. **בדיקה גנטית** - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל שירותי הבריאות;
- 1.2. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה לפי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך;
- 1.3. **מדינות מוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA);
- 1.4. **מרשם** - מסמך רפואי חתום ביד רופא מומחה או רופא בית חולים, לפי בחירת המבוטח, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ומורה על אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש;
- 1.5. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות שנותנות קופות החולים לחבריהן, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תכנית השב"ן;
- 1.6. **רופא מומחה** - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה וביחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה;
- 1.7. **רשות מוסמכת** - הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות למתן רישיון או היתר לשיווק תרופות חדשות לפי הדין החל במדינה בה משווק התרופה.
- 1.8. **תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח;
- 1.9. **המחיר המרבי המאושר לתרופה** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.10. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, שנועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה;
- 1.11. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה;
- 1.12. **תרופה מיוחדת** - תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.
- 1.13. **תרופה ניסיונית** - תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתקיים לגביה אחד מהבאים:
 - 1.13.1. תרופה שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כפלשהו;
 - 1.13.2. תרופה שרשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש כלשהו, אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך באמות מידה רפואיות מקובלות ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;
 - 1.13.3. תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני;

- 1.14. תרופה Off Label - תרופה, שהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שאחד מהמפורטים להלן הכיר ביעילות התרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח:
- 1.14.1. פרסומי ה-FDA;
 - 1.14.2. American Hospital Formulary Service Drug Information;
 - 1.14.3. US Pharmacopoeia - Drug Information;
 - 1.14.4. Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
 - 1.14.4.1. עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa;
 - 1.14.4.2. חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B;
 - 1.14.4.3. יעילות - (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - 1.14.5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, באחד מה-National Guidelines שמפרסם אחד מהבאים לפחות:
 - 1.14.5.1. NCCN;
 - 1.14.5.2. ASCO;
 - 1.14.5.3. NICE;
 - 1.14.5.4. Esmo Minimal.Recommendation

2. מקרה הביטוח-

- מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים האלה:
- 2.1. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, לפי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:
- 2.1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;
 - 2.1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;
 - 2.1.3. תרופה OFF LABEL;
 - 2.1.4. תרופת יתום שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, לפי קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם;
 - 2.1.5. תרופה מיוחדת;
- 2.2. מצבו הרפואי של המבוטח מצריך לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי ותגמולי הביטוח-

- 3.1. כיסוי זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות, יכלול כיסוי לכל תקופת הביטוח שיתחדש אחת לשנתיים, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:
- 3.1.1. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪.
- 3.1.2. בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪, ולא יותר מ-200,000 ₪ בחודש.
- 3.1.3. סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1, אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי - עד 250 ₪ ליום ועד 60 ימים.
- 3.1.4. בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 85% מההוצאות ולא יותר מ-40,000 ₪ עבור כל מקרה ביטוח.
- 3.2. סכום השיפוי המירבי לתרופה לא יעלה על המחיר המירבי המאושר לתרופה. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המירבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל. במידה ולתרופה אין מחיר מירבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום שיפוי לפי המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.

4. חריגים-

- 4.1. מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 4.2. טיפול תרופתי שניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה;
- 4.3. תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים;
- 4.4. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי;
- 4.5. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.6. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 4.7. תרופה ניסיונית;
- 4.8. תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה;
- 4.9. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging;
- 4.10. טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס), למעט למבוטחים שהם נשאים או חולים;
- 4.11. תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 4.12. שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.
- 4.13. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 4.14. קנבוס - כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש), התשל"ג-1973; יובהר כי חריג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות

המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, שמכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.

5. השתתפות עצמית-

- 5.1. סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 - 2.1.4 לעיל - 200 ₪ לתרופה, לאותו חודש.
- 5.2. סכום ההשתתפות העצמית החודשים בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.1.5 - 200 ₪ לתרופה, לאותו חודש.
- 5.3. על אף האמור בסעיפים קטנים 5.1 ו-5.2 לעיל, לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪.

6. תקופת אכשרה-

תקופת האכשרה לכיסוי תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

פרק ג': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

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 או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כחליף לביצוע ניתוח, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
- 1.3. **ניתוח:** 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, ראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
- 1.4. **ניתוח מורכב:** ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים ברצף לפחות;
- 1.5. **רופא מומחה:** רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;
- 1.6. **רופא מומחה בישראל:** רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו 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;
- 1.7. **שתל:** כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
- 1.8. **תקופת אכשרה:** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה 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-

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצע בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח, טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו, אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח. לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3. כיסוי ביטוחי-

בקרת מקרה הביטוח יכלול ביטוח זה כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

- 3.1. **לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף קטן 3.6.**
- 3.2. **עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף קטן 3.6 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל;**

לעניין זה, "עלות הניתוח בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לאותו הניתוח בישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות; לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 3.4.1 ו-3.4.2 **ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.**

לעניין זה, "עלות הניתוח החלופי בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לניתוח שאותו החליף הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל, במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח-

3.4 בקרות מקרה הביטוח יינתן **שיפוי מלא** עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיפים 3.1-3.3 לעיל:

3.4.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל;

3.4.2 כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו כולל הוצאות אשפוז **עד לתקרה של 40 ימים** כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;

3.4.3 עלות הסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח;

3.4.4 הוצאות טיסה לניתוח מורכב - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; במקרה שהמבוטח קטין - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים;

3.4.5 הוצאות נסיעה יבשתיות בגין ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;

3.5 בקרות מקרה הביטוח יינתן **שיפוי עד לגובה הכיסוי** ותקרת הסכומים המפורטים לצדן עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל:

3.5.1 הוצאות שתי התייעצות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל - עד 1,200 ₪ לכל התייעצות;

3.5.2 הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 ₪.

3.5.3 הוצאות הסטה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪; אם החברה תיאמה את ההסטה הרפואית המיוחדת על ידי החברה - כיסוי מלא;

3.5.4 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ₪;

3.5.5 הוצאות עלות שתל שהשתל במהלך ניתוח - עד 60,000 ₪;

3.5.6 הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:

3.5.6.1 עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים

בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב - עד 650 ₪ ליום;

- 3.5.6.2. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 ש"ח ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 1,500 ש"ח ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום;
- 3.5.6.3. הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב - עד 250 ש"ח לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול;
- 3.5.6.4. הוצאות עבור מוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלבנטי החליט על הצורך בהחלמה - עד 800 ש"ח לכל יום;
- 3.5.6.5. הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000 ש"ח;
- 3.6. נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח תשלם החברה למוטב, אותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה 150,000 ש"ח.

4. חריגים מיוחדים-

החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על-פי תכנית זו במקרים הבאים:

- 4.1. מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים;
- 4.3. מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;
- 4.4. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.5. מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל;
- 4.6. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 4.7. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון, והפלה;
- 4.8. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.8.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 4.8.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.9. טיפולי רפואה משלימה;
- 4.10. טיפולים נפשיים;

- 4.11. השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל;
- 4.12. 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;
- 4.13. בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים,
טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקות ופעולות הדמיה כגון: MRI-I CT, אם
הן אינן חלק ממהלך הניתוח או טיפול מחליף הניתוח.

5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל תהיה 90 ימים, למעט
אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

פרק ד': ייעוץ ובדיקות

1. הגדרות

על הוראות בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף יחולו ההגדרות שלהלן:
חוות דעת רפואית ראשונה: דו"ח רפואי בכתב, הכולל, מסקנת הרופא של המבוטח וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות: צילומי רנטגן, U.S, C.T, M.R.I, בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה.

2. מקרה ביטוח

בעיה רפואית אצל המבוטח שבעקבותיה נזקק המבוטח, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים המפורטים להלן.

3. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

החברה תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה, אך לא יותר מהסכום המירבי לכל טיפול כמפורט להלן. יובהר כי ההוצאות המזכות בהן נשא המבוטח בפועל, יכללו אך ורק את העלות על פי המחירון הפרטי המפורסם לציבור הרחב, של המוסד הרפואי בו בוצעה הפרוצדורה - כגון הבדיקה או הייעוץ.

3.1. חוות דעת רפואית בישראל - חוות דעת ראשונה וחוות דעת נוספות שניתנו בישראל, על ידי רופא מומחה (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה ו/או פסיכיאטר) לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי, עד 700 ש"ח להתייעצות ועד 300 ש"ח התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.

3.2. בדיקות רפואיות אבחנתיות - עד 4,000 ש"ח (למעט M.R.I), למבוטח לשנת ביטוח הכוללות:

- בדיקות מעבדה.
- צילומי רנטגן.
- בדיקת M.R.I - עד 5,000 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח.
- בדיקות הדמיה (למעט M.R.I).

4. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה עבור פרק זה תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

פרק ה': ליווי רפואי

רופא מלווה אישי פלוס - שירות ליווי רפואי וסיוע במימוש זכויות בעת אירוע רפואי

השירות-

רופא מלווה אישי פלוס מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למנוי המתמודד עם מצב רפואי או מחלה על פי המוגדר להלן יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו אותו ואת בני משפחתו בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות משלב האבחנה ובמשך הטיפול הרפואי וההחלמה למשך 3 חודשים וכל זאת בכפוף לתנאים המפורטים בתכנית השירות להלן. בנוסף יינתנו שירותים להכוונה במימוש זכויות עבור המנוי - כגון הכוונה למיצוי זכויות למול גופים ממשלתיים - ביטוח לאומי, קופות החולים, סיוע בהגשת בקשה לקבלת תו נכה ועוד.

א. הגדרות

בתכנית שירות זו יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצדמ:

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

14. "מצב רפואי" - מערכת נסיבות רפואיות הקיימת בגוף המנוי, עקב מחלה או תאונה.
15. "מקרה רפואי" - מצב רפואי המתואר בתוכנית שירות זו אשר קיומו מקנה למנוי זכות לקבלת השירות כמתואר ומפורט בתוכנית שירות זו.
16. "ליווי רפואי" - בדיקת שלמות תהליך הטיפול הרפואי למנוי.
17. "אבחנה" - מסקנה סופית של רופא המתייחסת למצב רפואי מסוים, המוסקת לאחר לקיחת אנמנזה (פרטים שמוסר המנוי על מצבו הרפואי), היסטוריה רפואית, בדיקה רפואית, ובדיקות נוספות במידת הצורך.
18. "מצב רפואי כרוני" - מצב רפואי שאינו ניתן לריפוי, אשר תסמיניו מופיעים ומתפתחים על פני תקופה של 90 יום לפחות.
19. "מצב רפואי חריף" - מצב רפואי בעל תסמינים המופיעים באופן פתאומי, במהירות ובעוצמה.
20. "תקופת שירות" - על פי צורך רפואי ועד 90 יום רצופים מיום פתיחת קריאה של שירות ותשלום דמי ההשתתפות העצמית כמפורט בפרקי השירות השונים.
21. "מוקד השירות" - שירות טלפוני שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על-פי תכנית שירות זו.
- מספר הטלפון של מוקד השירות של הספק עבור מנויי הראל הוא: *5226
22. "המועד הקובע" - מועד כניסתו לתוקף של תכנית שירות זו לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
23. "תקופת האכשרה" - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי מהמועד הקובע ותסתיים בתום 90 יום. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לתוכנית השירות מחדש, בתקופות בלתי רצופות. הספק לא יספק שירות כמפורט בתוכנית שירות זו לפני תום תקופת האכשרה למעט שירותים הנדרשים עקב תאונה.
24. "השתתפות עצמית" - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו על מנת לקבל שירותים ע"פ תכנית שירות זו, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק לפי קביעת הספק.
25. "מקרה רפואי דחוף" - שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי המחייב פנוי למיון ו/או אשפוז.
26. "שנת ביטוח" - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.

ב. פירוט השירותים

ליווי רפואי -

1. מינוי רופא מומחה אשר ישמש כמנהל רפואי אישי. המנהל הרפואי האישי יפעיל צוות פרא-רפואי הכולל אחות ועובדת סוציאלית על פי שיקול דעתו.
2. ריכוז וסקירת התיק הרפואי (Intake) כולל הערכה ראשונה של המקרה הרפואי על ידי המנהל הרפואי האישי.
3. פגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי. פגישות אישיות נוספות ייקבעו בהתאם לצורך רפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות לא יעלה על 4 פגישות אלא אם קיים צורך רפואי מהותי אשר מצדיק פגישות נוספות.
4. הפניית התיק הרפואי להתייעצות נוספת על פי צורך ובהחלטת המנהל הרפואי האישי לרופא מומחה בתחום הרלוונטי בארץ או בהעדר ידע או ניסיון מספק בארץ, למומחה בתחום במדינה אחרת בעולם ולצורך מתן חוות דעת רפואית למנוי.

5. מתן מידע לגבי מחקרים קליניים בארץ ובחול"ל רלוונטיים למקרה הרפואי, על פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי וסיוע בהגשת מסמכים למועמדות להשתתף במחקרים, ככל שרלוונטי.
 6. מתן מידע אובייקטיבי במהלך הפגישות כאמור התומך בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות ואשר יצוין בדו"ח הרפואי המסכם כמפורט בסעיף 12 להלן.
 7. המלצה לפנייה לגורמים רפואיים ופרא רפואיים מתאימים להמשך ייעוץ/טיפול לרבות בניית תכנית שיקום בבית ככל שרלוונטי. יובהר כי התשלום בגין ייעוץ/טיפול שהמנוי הופנה אליו על ידי הספק כאמור לעיל, הינו על חשבון המנוי.
 8. שיחות טלפוניות לתיאום עם הגורמים הרפואיים המטפלים במנוי.
 9. ליווי למקרה רפואי על ידי מתאם/ת השירות ו/או הצוות הרפואי והפרא-רפואי.
 10. ייעוץ אחד מקוון תוך 3 ימי עסקים, על ידי רופא עבור קומבינציה לטיפול פומי בכאב, בהתאם למקרה הרפואי.
 11. ייעוץ למנוי במהלך אשפוז ו/או אחריו כולל ביקור באשפוז ו/או ביקור בית לאחר טיפול פולשני/ניתוח על פי צורך ובהתאם לשיקול דעתו הבלעדי של המנהל הרפואי האישי.
 12. ליווי וייעוץ על ידי אחות בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם האחות לא יעלה על 4 פגישות.
 13. ליווי על ידי עובד/ת סוציאלי/ת בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם עובדת סוציאלית לא יעלה על 4 פגישות.
- מידע והכוונה בנושא מימוש זכויות ונושאים נוספים**
14. ייעוץ מקוון עם עובד סוציאלי, או כל מתאם שירות מוסמך אחר שרלוונטי למקרה, אשר יערך מיפיו של הנושאים הכלכליים והרווחתיים הרלוונטיים למקרה הרפואי. המנוי יקבל סיכום של המיפיו והספק יפעל לפי הסיכום האמור.
 15. הכוונה בנושא הזכויות וסיוע בהגשת בקשות על פי המקרה - מול ביטוח לאומי, שירות התעסוקה, קופות החולים ורשות המיסים.
 16. המנוי יהא זכאי להכוונה בהגשת בקשה לקבלת תו ותג נכה.
 17. הכוונה וייעוץ בכל הקשור להנחה או פטור בארנונה, מים או חשמל.
 18. הכוונה בהגשת בקשה להיתר העסקת עובד סיעוד - זר או ישראלי.
 19. מידע בנושא שירותי הוספיס בית או הוספיס חוץ.
 20. עד 3 פגישות אצל פסיכיאטר או פסיכולוג שהנם בהסכם עם ספק השירות, בהתאם לבקשת המנוי.
 21. 2 פגישות ייעוץ מקוונות (או פגישה בבית המנוי על פי הצורך), לבקשת המנוי ועל פי מצבו הרפואי, עם מרפא/ה בעיסוק או עובד/ת סוציאלי/ת, לייעוץ להתאמת הבית לצרכיו הייחודיים.
 22. איתור והפנייה למקומות לשכירת ציוד רפואי מתאים לבית המנוי, ככל שנדרש על פי המקרה הרפואי.
 23. סיכום כל המסמכים הרפואיים לידי דו"ח רפואי מסכם על ידי המנהל הרפואי האישי, הכולל המלצות להמשך טיפול ומעקבים רפואיים, תוך 7 ימים ממועד סיום תקופת השירות בגין המקרה הרפואי.
 24. מוקד שירות טלפוני באמצעותו תיפתח קריאת שירות למנויים ובדיקת השתייכותם לתוכנית השירות וכן טיפול שוטף בפניות המטופלים. המוקד יפעל 24/7 למקרים דחופים הכוללים קבלת הודעות על שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי ובכלל זה פינוי המנוי לבית חולים ו/או אשפוז.

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

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

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

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

ג. אופן קבלת השירותים:

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

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

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

בהתאם להנחיית נציג השירות יעביר המנוי את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה הרפואי וככל שיש כאלה כמפורט להלן: סיכומי אשפוזים, תוצאות ופיענוחים של בדיקות, סיכומי מחלה, ייעוציים רפואיים, טיפולים, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, תשובות פתולוגיות ו/או כל מסמך רפואי אחר. קבלת מסמכים אלו הנה תנאי מוקדם למתן השירות כמפורט בתוכנית שירות זו. כמו כן, רשאי המנהל הרפואי האישי לבקש מהמנוי מעת לעת העתקי מסמכים רפואיים נוספים.

4. הממ"ן הראשי יבחן את המקרה הרפואי על פי תכנית השירות בהסתמך על המסמכים הרפואיים שהתקבלו מהמנוי ויצוות למנוי מנהל רפואי אישי ומתאמת שירות.

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

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

7. על המנוי לשלם השתתפות עצמית לצורך קבלת השירות.

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

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

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

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

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

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

14. מובהר כי השירותים כוללים סיוע והכוונה לפני העניין, ואינם כוללים כיסוי הוצאות כלשהן הכרוכים בקבלתם. כמו כן יובהר כי השירותים לא כוללים ביצוע פעולות בשמו של המנוי בפני גורמים כלשהם או התייצבות (עמו או בלעדיו) אצל רשויות כלשהן במימוש זכויות.

ד. זכאות לקבלת השירותים

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

1. מקרה רפואי ללא אבחנה:

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

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

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

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

2.1 סרטן (Cancer) -

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

2.1.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות עור מסוג: Hyperkeratosis, Basal Cell Carcinoma למעט

BCC חוזר או התפשט לאיברים אחרים.

ב. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת AIDS.

2.2 מחלות כבד חריפות או כרוניות-

2.2.1 קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על הכבד וגורמים לפגיעה

בו ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה או התפקוד). מחלת כבד

אשר בגינה יינתן שירות במסגרת תכנית שירות זו יכולה להיות בעלת

אופי חריף או כרוני.

2.2.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלת כבד כתוצאה מאלכוהוליזם

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

2.3. מחלות כליות-

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

2.4. מחלות גסטרו-אנטרולוגיות כרוניות-

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

על תהליך הברור לפני הפנייה לשירות על פי תכנית שירות זו לכלול ברור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.5. מחלות לב ומחלות ווסקולריות כרוניות-

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

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

2.6. מחלות נוירולוגיות ופרוצדורות פולשניות של מערכת העצבים המרכזית וההיקפית- קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת העצבים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה, ההולכה החשמלית או התפקוד).

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

הפרוצדורות הפולשניות בהגדרה זו כוללות:

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

ב. רדיוכירורגיה: טיפול בגידולי מוח תוך קרינה ממוקדת.

ג. ניתוחי היפופיזה.

ד. ניתוחי מוח שפירים וניתוחי בסיס הגולגולת טיפולים במומי כלי דם ומפרצות מוחיות.

ה. טיפולים כירורגיים, טיפולים אנדווסקולאריים, צנתורי מוח.

ו. ניתוחי אפילפסיה.

ז. נירוכירורגיה אנדוסקופיה.

ח. ניתוחים לטיפול בפגיעות ראש ועמוד שדרה.

2.7 מחלות אורתופדיות

2.7.1 קבוצה של מחלות שונות או פגיעות בעצמות, במפרקים, בשרירים ו/או

בגידים אשר גורמות לכאב שלא נשלט ע"י טיפול תרופתי ופיזיותרפיה. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי תכנית שירות זו לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.7.2 **מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:**

א. מחלות אורתופדיות שהמנוי נמצא בטיפול באשפוז בגינת פחות מ-21 יום, במועד הפנייה לשירות.

ב. מצבים רפואיים בתחום האורתופדיה אשר הינם פועל יוצא מחבלה או טראומה וטרם עברו בעת הפניה לשירות לפחות 90 יום מהחבלה ו/או הטראומה.

2.8 ניתוחים כירורגיים (פולשניים) חוזרים עקב אי הצלחה בניתוח ראשון-

פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) חוזרת, עקב כישלון מלא או חלקי של הפעולה הראשונה, החוזרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון של פגם או עיוות אצל המנוי.

2.9 מחלות דם (מחלות המטולוגיות)-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על רמות ומרכיבי הדם השונים (התאי וההומורלי) וגורמים לפגיעה בו בצורות שונות. במסגרת תכנית שירות זו יינתן שירות למקרה של מחלת דם בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי תכנית שירות זו לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.10 מחלות ראומטולוגיות-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת הפרקים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (פרק, מפרק או תפקוד). במסגרת תכנית שירות זו יינתן שירות למקרה של מחלה ראומטולוגית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי תכנית שירות זו לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.11 מחלות מטבוליות-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים, תורשתיים וכרוניים, הנובעים מפגיעה בגן הבודד או במספר גנים קטן (Inborn Error of Metabolism) והגורמים לפגיעה ביכולת האנרגטית, או ביכולת הבניה ו/או הפירוק של אבני הבניין של התא, או פגיעה מיטוכונדרילית.

2.12. מחלות אנדוקריניות-

2.12.1. קבוצת מצבי תחלואה שונים המעריבים איברים ובלוטות אשר אחראיים על ייצור, אגירה והפרשה של הורמונים המסייעים בשימור ושליטה על תפקודים חיוניים. במסגרת תכנית שירות זו יינתן שירות למקרה של מחלה אנדוקרינית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני.

על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי תכנית שירות זו לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.12.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. סוכרת

ב. קומה נמוכה

ג. מחלות אנדוקריניות המשפיעות על הפוריות בלבד

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

2.13.1. קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים וגורמים לפגיעה ברמות השונות של חלל האף והסינוסים, האוזניים, הפה, הלוע והגרון, אזורי ראש צוואר ובסיס הגולגולת.

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

2.13.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. ניתוחי כפתורים באוזניים

ב. ניתוחי נחירות

ג. ניתוחים למטרות יופי ואסתטיקה

2.14. מחלות עור-

2.14.1. קבוצה של מצבי תחלואה הפוגעים בעור. במסגרת תכנית שירות זו יינתן שירות למקרה של מחלת עור בעלת אופי כרוני בלבד. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי תכנית שירות זו לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית. כמו כן, על תהליך הבירור, הייעוץ והטיפול הרפואי להתחיל לפחות 9 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.14.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. אקנה

ב. פטרת עורית (חיצונית)

ג. נשירת שיער

ד. מחלות מין

2.15. מחלות בתחום הגניקולוגיה -

2.15.1. קבוצת מצבי תחלואה בתחום בריאות האישה המערבות את מערכת המין הנשית. במסגרת תכנית שירות זו יינתן שירות בגין מקרה של מחלה גניקולוגית בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי תכנית שירות זו לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית. על תהליך הבירור והייעוץ הרפואי להתחיל לפחות 6 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.15.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

היריון, לידה, בעיות פוריות ועקריות של הגבר והאישה למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.

2.16. מחלות אימונולוגיות-

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

2.17. מחלות ריאה-

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

2.18. מחלות זיהומיות-

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

2.19. מחלות עיניים-

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

2.20. מחלות יתומות-

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

2.21. תחלואה משולבת-

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

2.22. מחלות ופרוצדורות בתחום רפואת הילדים-

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

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

ב. מחלות כרוניות בילדים

ג. מחלות על רקע גנטי

ד. מומים מולדים

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

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

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

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

ט. אטופיק דרמטיטיס בדרגה בינונית ומעלה

2.22.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות ריאה ילדים:

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

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

ג. הפרעות קשב וריכוז.

ד. ניתוח כפתורים באוזניים

ה. ניתוחי בקע - Hernia

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

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

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

2.23.2. מקרה רפואי אינו כולל כל אחד מאלה: מצבים רפואיים אשר בעת הפנייה לשירות המנוי הינו מאושפז במצב סיעודי ו/או סופני.

2.24. ניתוח, או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי שידרוש אשפוז

2.25. חריגים עבור פרק זה:

הספק לא יהיה חייב במתן שירות על פי תכנית שירות זו במצבים הרפואיים הבאים:

- 2.25.1. השתלת איברים בישראל או בחו"ל
- 2.25.2. מצבים רפואיים ו/או פרוצדורות הקשורות בפוריות ו/או עקרות למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.
- 2.25.3. מחלות פסיכיאטריות במבוגרים ו/או מחלות נפש
- 2.25.4. מצבים הקשורים באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה השמנת יתר, למעט ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד
- 2.25.5. מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים ופה ולסת
- 2.25.6. טיפול תרופתי מניעתי של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (Aids).
- 2.25.7. מחלת פיברומיאליגיה
- 2.25.8. מחלת נירופתיות
- 2.25.9. תסמונת עייפות כרונית
- 2.25.10. עיוורון מוחלט ובלתי הפיך
- 2.25.11. שבץ מוחי (CVA)
- 2.25.12. ורידים ודליות ברגליים
- 2.25.13. כוויות קשות כשהמוני נמצא באשפוז במסגרת מוסד רפואי
- 2.25.14. אלרגיות
- 2.25.15. חולים הנמצאים במהלך אשפוז של פחות מ-21 ימים רציפים או אשפוז במחלקה לטיפול נמרץ.
- 2.25.16. כל מחלה שאינה מפורטת ברשימת המחלות שפורטו לעיל.

ה. הגבלה

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

ו. תוקפו של תכנית השירות

1. לעניין תוקפו של תכנית השירות יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל את תכנית השירות אם יוחלט על ידיה לבטלו או לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור המפקח על ביטוח. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 60 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.
2. מובהר כי המנוי זכאי לבטל את התוכנית השירות בכל עת. הביטול יהיה בתוקף ממועד קבלת הודעת המבוטח בחברה. ככל ששולמה על-ידי המבוטח פרמיה בגין תכנית השירות בגין התקופה שלאחר הביטול, יוחזר למנוי החלק היחסי של התשלום ששילם בגין התקופה שלאחר ביטול תכנית השירות.

3. בנוסף לאמור בתנאים הכלליים של הפוליסה אליה מצורף תכנית שירות זו, תוקפו של תכנית השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
- 3.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא.
 - 3.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד, בהתאם לחוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981.
 4. במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר למתן השירותים נשוא תכנית שירות זו, מחויב הספק להשלים מתן שירותים נשוא תכנית שירות זו, למנויים אשר נמצאים במהלך תקופת השירות ולא יותר משלושה חודשי שירות כולל תקופת ההודעה מראש למנויים על הפסקת השירות.
 5. מובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של תכנית שירות זו, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים נשואי תכנית שירות זו.
- מנוי שהתחיל בקבלת שירות נשואי תכנית השירות לפני סיום תקפו אך לא השלים, תפקע זכותו לאחר סיום השלמת השרות.
- ז. שונות**
1. כל התשלומים לפי תכנית שירות זו כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.

פרטי התקשרות

אגודת עובדי קופ"ח

03-6061115 📞

מלכי ישראל 8, תל אביב-יפו 📍

מוקד שירות פרסונל פלוס

03-6145555 📞

052-7544589 📞

ניתן להגיע אלינו גם באמצעות הלינק:

www.harel-group.co.il/t/BFQJFV

אבא הלל 3, בית הראל, 📍

ת"ד 10951, רמת גן 5252202

