



ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי NVIDIA ובני משפחותיהם



עובדים/ות יקרים/ות,

אנו שמחים להציג את תוכנית ביטוח הבריאות המשודרגת של NVIDIA (להלן: "התוכנית") המיועדת לעובדי ועובדות החברה ולבני/ות המשפחה.

התוכנית, אשר נבנתה כדי לאפשר ביטחון וכיסוי מיטבי בנושאי הבריאות, נבחרה לאחר בחינה מעמיקה של ביטוחי הבריאות המובילים בשוק.

בחוברת זו, תמצאו את עיקרי הכיסוי הביטוחי, חוזה הביטוח המלא, מידע אודות אופן הגשת תביעה ואנשי הקשר.

הצטרפות ויציאה מהתוכנית:

חשוב להדגיש כי **התוכנית מהווה רצף ביטוחי** לפוליסת ביטוח הבריאות הקודמת של NVIDIA בחברת הראל.

כל מי שמבוטח או מבוטחת בפוליסה מצורפים/ות באופן אוטומטי לתוכנית, ללא צורך בהצהרת בריאות.

עלות הביטוח עבור עובדי/ות החברה משולמת במלואה ע"י החברה והעובד/ת מחויב/ת בשווי המס בגין ההטבה בלבד.

ניתן להצטרף ולצרף בני משפחה בתעריפים זהים, כמפורט בחוברת, ללא הצהרת בריאות עד לתאריך 31 בדצמבר 2021, לאחר מכן יחויב/תחויב כל מצטרף/ת חדש/ה למלא הצהרת בריאות.

לעובד/ת חדש/ה תינתן הזכות להצטרף ולצרף בני משפחה לתוכנית עד 120 יום מתאריך תחילת עבודתם בחברה, ללא הצהרת בריאות. תשלום עבור בני/ות משפחה מצורפים יבוצע באמצעות כרטיס אשראי אישי.

עובדים/ות אשר אינם מעוניינים/ות להצטרף לתוכנית, מתבקשים/ות למלא טופס "גריעה מביטוח בריאות" (יש לפנות למחלקת השכר לקבלת הטופס).

ספקי התוכנית:

חברת הביטוח "הראל" וסוכנויות הביטוח "מבטח סימון" ו-"גיל ורדי" נבחרו להמשיך ולהיות ספקי התוכנית, וזאת לאחר שהתחייבו לעמוד בתנאים וברמת השירות שהציבה NVIDIA.

לנוחיותך, פרטי סוכן הביטוח המטפל בפוליסה האישית שלך מופיעים על גב חוברת זו ובתלוש השכר שלך.

בברכת בריאות טובה,

הנהלת NVIDIA

תוכן עניינים

4	גילוי נאות
	תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי
4	לעובדי NVIDIA ובני משפחותיהם
16	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי NVIDIA ובני משפחותיהם
32	פרק א': ביטוח להשתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
37	פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות
41	פרק ג': ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
44	פרק ד': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ
47	פרק ה': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח
51	פרק ו': שירותים אמבולטוריים
57	פרק ז': שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעקבות גילוי מחלה קשה
62	פרק ח': כתב שירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

גילוי נאות

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

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי NVIDIA ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי NVIDIA ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	השתלול בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מיוחדות, ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ או כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), שירותים רפואיים אמבולטוריים, שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעקבות מחלה קשה, כתב שירות - רפואה משלימה. * בהתאם לרבדים שנרכשו ע"י המבוטח
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.9.2021 ועד ליום 31.8.2026.
תיאור הביטוח	השתלול בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל: כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה. תרופות מיוחדות: כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה. ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל: כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ: כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. או כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (לבעלי שב"ן) מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

תמצית פרטי הפוליסה	
ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, שירותים רפואיים לילדים, אביזרים רפואיים ועוד. שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעקבות גילוי מחלה קשה שיפוי בגין הוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה קשה או אירוע חמור המפורטים בפוליסה. כתב השירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית) אפשרות לבצע טיפולים מתחום הרפואה המשלימה - כגון שיאצו, רפלקסולוגיה, על פי הרשימה המצוינת בכתב השירות. מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לבצע 12 טיפולים בשנת ביטוח. השירות ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית כמפורט בפרק.	תיאור הביטוח
באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה - סעיף 11. פרק א': השתלחות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - סעיף 5. פרק ב': תרופות מיוחדות - סעיף 4. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 4. פרק ד': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 4. פרק ה': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - סעיף 6. פרק ח': כתב שירות-שירותי רפואה משלימה - סעיף 7. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.	הפוליסה אינה מכסה את המבטוח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
פרק א', סעיף 4.1.17 - פיצוי של 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל. סעיף 4.2 - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪ שישולם לפני ביצוע ההשתלה (למעט השתלת מח עצם עצמית, קרנית). סעיף 4.3 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ למבטוח שנדרש לבצע השתלה בחו"ל ולא קיבל את השתתפות החברה. עבור השתלה בארץ - פיצוי בסך 100,000 ₪. פרק ג', סעיף 3.3.6 - פיצוי בגובה 200,000 ₪ בגין מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.	גובה הפיצוי הכספי שאקבל

תמצית פרטי הפוליסה				
פרק א': השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תקופת אכשרה של 90 ימים. פרק ב': תרופות, תקופת אכשרה של 90 ימים. פרק ד': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. פרק ה': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), תקופת אכשרה של 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. פרק ו': שירותים רפואיים אמבולטוריים, תקופת אכשרה של 180 ימים במקרה של כיסויים הקשורים להריון ולידה. פרק ח': כתב שירות - שירותי רפואה משלימה, תקופת אכשרה של 90 ימים.			אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹	
פרק ב': תרופות מיוחדות, השתתפות של 150 ₪ למרשם לחודש ועד 300 ₪ לכל המרשמים לחודש. לא תנוכה השתתפו עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ₪ לחודש. בגין בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות - השתתפות עצמית של 15%. פרק ו': שירותים רפואיים אמבולטוריים, השתתפות של 20%. פרק ז': שיפוי בגין הוצאות בעקבות גילוי מחלה קשה, השתתפות של 20%. פרק ח': כתב שירות - שירותי רפואה משלימה, השתתפות כמפורט בסעיף 5.5 בפרק.			השתתפות עצמית	
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.			האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	
עלות הביטוח				
		ניתוחים השקל הראשון פרקים א'-ד', ו'-ח'	ניתוחים שב"ן פרקים א'-ג', ה'-ח'	אופן התשלום
עובד/ת		99.77 ₪	97.53 ₪	ממומן על ידי בעל הפוליסה (למעט זקיפת שווי מס)
בן/בת זוג /ילד בוגר מגיל 25 שנה		99.77 ₪	97.53 ₪	אמצעי גבייה אישי
(*) ילד/נכד עד גיל 24 שנה (כולל)		33.63 ₪	31.39 ₪	אמצעי גבייה אישי
(*) ילד/נכד שלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה (עפ"י מדד שפורסם ביום 15.8.2021)				
לאחר 18 חודשים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.			שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	

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

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משלוש האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 4.1, 4.2 - 4.3 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	השתלה לפי סעיף 1.3 - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, کلیה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים וכן השתלת איבר מבע"ח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ועד 300 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד. סעיף 4.2 - פיצוי חד פעמי לפני ביצוע השתלה בחו"ל והחברה לא תשתתף במימונה בתשלום לגורם כלשהו (למעט השתלת מח עצם עצמית, קרנית). סעיף 4.3 - פיצוי חד פעמי לאחר ביצוע השתלה והחברה לא תשתתף במימונה בתשלום לגורם כלשהו.	סעיף 3.1.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.1.1.2 - עד לסך של 5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם. סעיף 4.2 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ לפני השתלה שתבוצע בחו"ל ללא השתתפות החברה. סעיף 4.3 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ לאחר ביצוע השתלה בחו"ל. להשתלה בארץ - פיצוי בסך 100,000 ₪.	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.2 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 3.1.2.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.1.2.2 - עד לסך של 1,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.	
גמלת החלמה לביצוע השתלה בארץ או בחו"ל	סעיף 4.5 - לאחר ביצוע השתלה. סעיף 4.1.18 - במקרה של מבוטח הזקוק להשתלה ומרותק למיטתו.	סעיף 4.5 - סכום חודשי בסך 7,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים. עבר המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל וקופ"ח השתתפה בהוצאות הטיפול, ישלם המבטח למבוטח פיצוי חודשי עבור השתלת קרנית סכום חודשי בסך 4,000 ₪ למשך 3 חודשים. עבור השתלת מח עצם (עצמי או זר) 4,000 ₪ למשך 4 חודשים. סעיף 4.1.18 - סכום חודשי בסך 3,500 ₪, לתקופה של עד 6 חודשים. מבוטח השווה באשפוז - 50% מהסכום המצוין לעיל.	
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.		

תרופות מיוחדות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום או תרופה לפי סעיף 29 ג' או בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות או קנאביס רפואי למחלת סרטן, כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי בגין סעיפים 2.1, 2.3 ו-2.6 לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ₪ לתקופה בת 30 חודשים ויתחדש לכל תקופה של 30 חודשים שתחילתה מיום תחילת הפוליסה. עבור תרופה לפי סעיף 29 ג' - סכום הביטוח המירבי הינו עד 500,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. עבור בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות - סכום הביטוח המירבי הינו 50,000 ₪ בכפוף להשתתפות עצמית של 15%. עבור קנאביס רפואי למחלת סרטן - סכום הביטוח המירבי הינו 30,000 ₪ לשנת ביטוח.	ההשתתפות עצמית של 150 ₪ לمرשם לחודש ועד 300 ₪ לכל המרשמים לחודש לא תנוכה ההשתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ₪ לחודש.
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.9 בפרק- שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	עד לסך של 200 ₪ 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.		

ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	סעיף 3 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות העברה יבשתית ותובנות ועוד.	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במידה ובוצע הניתוח ללא תאום מוקדם של המבטח סכום השיפוי בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. סכום השיפוי המירבי בבית חולים שלא בהסכם - שיפוי עד סכום ש 300,000, או 200% מעלות ניתוח בארץ, הגבוה ביניהם.
הוצאות שהייה	סעיף 3.3.2 בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 7 ימים.	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 1,050 ₪ ליום ועד 60 ימים. לשני מלווים יינתן הכיסוי למבטח מתחת לגיל 18 עד 1,300 ₪ ליממה לשני מלווים ועד 30 ימים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 3.3.3 בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.	כיסוי מלא.
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.	

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

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע		
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטיום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.		
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטיום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.		
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.		
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.			
ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	סעיף 3 לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואיות בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.	כיסוי עד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בפרק.	סעיף 4 - במקרה של בדיקות הקשורות בהיריון ו/או לידה - 180 יום.	

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

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה).	כיסוי עד ל-1,000 ₪ להתייעצות ועד 5 כ"ס התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 3.3 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 6,000 ₪ לבדיקה ועד 13,000 ₪ לסך כל הבדיקות למבוטח לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים/הידרותרפיים/ספורטרפיה/ריפוי בעיסוק/טיפול שיקומי אמבולטוריים	סעיף 3.6 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים / הידרותרפיים / ספורטרפיה/ ריפוי בעיסוק / טיפול שיקומי אמבולטוריים לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-2,500 ₪ למבוטח לשנת ביטוח		20% מההוצאה בפועל
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 3.15 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר או סיסילייה ובדיקות לגילוי גנים נשאים לסיסטיק פיברוזיס, תסמונת איקס שביר, וגושה.	כיסוי עד 4,000 ₪ לכל הריון ובמקרה של הריון רב עוברי תקרת הכיסויים תהיה 6,000 ₪ לכל הריון. בדיקות סיקור גנטי לפני הריון כולל יעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההיריון או לאחריו, עד לסכום של 2,000 ₪ להריון.	סעיף 4 - 180 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.			

שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעקבות גילוי מחלה קשה		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) ³
מחלות קשות	סעיף 2: אי ספיקת כליות סופנית, אי ספיקת כבד פולמינונית, מחלת כבד סופנית (שחמת), השתלת אברים, טרשת נפוצה, עמילואידוזיס ראשונית, תרדמת, ניוון שרירים, פגיעה מוחית מתאונה, דלקת מוח, דלקת חיידיקית של קרום המוח, מחלת ריאות חסימתית כרונית, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, פרקינסון, מצב רפואי חמור ובלתי הפיך, סכרת נעורים (לילד עד גיל 18), אוטם חריף בשריר הלב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, קרדיומיופטיה, שבץ מוחי, סרטן, אנמיה אפלסטית חמורה, גידול שפיר של המוח/ יותרת המוח /קרומי המוח, שיתוק (פרפלגיה קוודריפלגיה), פוליו (שיתוק ילדים), איבוד גפיים, עיוורון, כוויות קשות, אובדן דיבור, חירשות.	תרדמת - 96 שעות; סכרת נעורים - 6 חודשים; שבץ מוחי - 8 שבועות; אובדן דיבור - 6 חודשים; טרשת נפוצה - 2 חודשים; ניוון שרירים - 3 חודשים; דלקת חיידיקית של קרום המוח - 3 חודשים.
תגמולי הביטוח	החזר עד 100,000 ₪ לכל מקרי הביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	

³תקופת המתנה - תקופה המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגינה אין המבוטח זכאי לפיצוי או לשיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

כתב השירות- שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)		
שם השירות	תיאור השירות	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
טיפול רפואה משלימה	<u>סעיף 3:</u> מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לבצע את הטיפולים שלהלן אצל נותן שירות שבהסכם: אקופונקטורה, שיטת טווינה, רפלקסולוגיה, שיאצו, פלדנקרייז, אוסטיאופתיה, ביו פידבק, ייעוץ דיאטטי, הומיאופתיה, כירופרקטיקה, נטורופתיה, פרחי באך, חדרי מלח, עיסוי רפואי עקב אשפוז לאחר תאונה. השירותים יינתנו במרפאות נותן השירות שבהסכם בלבד. במקרה בו לא קיים נותן שירות שבהסכם ברדיוס של עד 30 ק"מ ממקום מגוריו של המנוי יהא זכאי המנוי לקבל שיפוי חלקי.	עד 12 טיפולים בשנת ביטוח. <u>סעיף 5.7</u> לכתב שירות- במקרה בו אושרה קבלת שירות אצל נותן שירות שלא בהסכם על פי התנאים המפורטים בכתב השירות, ישפה הספק את המנוי בסך 50% מעלות הטיפול ששולמה על ידי המנוי בפועל ולא יותר מ-100 ₪ לטיפול.

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ביום 15.8.2021.

מידע נוסף:

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

לבירור 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

לעובדי NVIDIA ובני משפחותיהם

1. הגדרות כלליות

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

- 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"** - NVIDIA.
- 1.4 **"המבטח"** - עובדים אצל בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם (כולל בני אותו המין) וילדיהם, לרבות ילדים של בני זוג מנישואין קודמים, לרבות ידוע/ה בציבור, בני/בנות זוגם של ילדי העובד וילדיהם (נכדים), שיצטרפו או יצורפו לפוליסה.
- 1.5 **"עובד קיים"** - כל מי שהינו עובד אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הפוליסה, המועסק על ידי בעל הפוליסה.
- 1.6 **"עובד חדש"** - עובד שלא היה מועסק אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הפוליסה.
- 1.7 **"מבוטחים קיימים"** - מבוטחים אשר היו מבוטחים במועד תחילת הפוליסה במסגרת הפוליסה הקודמת.
- 1.8 **"פוליסה קודמת"** - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה זו ו/או פוליסה קבוצתית או פרטית של המבוטח שהייתה בתוקף ערב תאריך הצטרפותו של המבוטח לפוליסה.
- 1.9 **"הסכם הביטוח"** - הסכם מיום 1.9.2021 בין בעל הפוליסה לבין המבטח לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
- 1.10 **"תאריך תחילת הביטוח"/"המועד הקובע"** - 1.9.2021.
- 1.11 **"תאריך הצטרפות"** - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.12 **"מקרה הביטוח"** - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
- 1.13 **"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 1.47.
- 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.**
- 1.14 **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.

- 1.15. **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח ומתחדשת כל 12 חודשים.
 - 1.16. **"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.
 - 1.17. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
 - 1.18. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
 - 1.19. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
 - 1.20. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994.
 - 1.21. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
 - 1.22. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל חבריה.
 - 1.23. **"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.
 - 1.24. **"ישראל"** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
 - 1.25. **"חו"ל"** - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
 - 1.26. **"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.
 - 1.27. **"בית חולים פרטי"** - בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
- למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן).**
- 1.28. **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
 - 1.29. **"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.
 - 1.30. **"מנתח"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח.
 - 1.31. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
 - 1.32. **"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.
 - 1.33. **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.

- 1.34. **"חדר ניתוח"** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.35. **"אח/אחות"** - אחות/בעלי תעודות הסמכה של רשות מוסמכת בישראל או בחו"ל.
- 1.36. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
- 1.37. **"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, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.38. **"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.
- 1.39. **"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.
- 1.40. **"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.
- 1.41. **"יום אשפוז"** - שהות של 24 שעות בבית חולים. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, ייחשב גם אם אושפז לפחות מ-24 שעות.
- 1.42. **"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.
- 1.43. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח) או להמשיך את הביטוח (מאחר ונדרשת הסכמת המבוטח לפי תקנות ביטוח בריאות קבוצתיות).
- 1.44. **"חיתום"** - תהליך קבלת החלטה אצל המבטח אם לקבל את המועמד לביטוח, ובאילו תנאים לקבלו (בתנאים רגילים, או בהחרגת הבעיה הספציפית אם קיימת).
- 1.45. **"רצף ביטוחי"** - הצטרפות מביטוח קודם אחר (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. עובדים ו/או בני משפחה שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות אלו יהיו בתוקף 12 חודשים בלבד ממועד תחילת הביטוח. **רצף ביטוחי יינתן 120 יום מיום תחילת הביטוח או 120 יום מיום תחילת עבודתו של עובד חדש ובני משפחתו.**
- 1.46. **"תקרת כיסוי"/"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.

- 1.47. **"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"**.
- 1.48. **"תביעה"** - פנייה מאת מבטוח או מאת בעל הפוליסה בשם המבטוח אל המבטח לתשלום עבור שירותים/לפי פוליסה זו, ו/או לקבלת תגמולי ביטוח ו/או למתן התחייבות לתשלום עבור שירותים/כאמור בפוליסה זו.
- 1.49. **"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 המבטוח.
- 1.50. **"ועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999).

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. צירוף אובליגטורי (באופן אוטומטי) מפוליסה קודמת של NVIDIA של כל המבטוחים הקיימים נכון ליום 31.8.2021, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי טופס הצטרפות, ללא צורך בחיתום, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה. מבטוחים קיימים שמילאו בביטוח הקודם של NVIDIA (עד ליום 31.8.2021), הצהרת בריאות וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות לכיסוי הביטוח, החרגות אלו יהיו בתקופת 12 חודשים בלבד ממועד הצטרפות לפוליסה זו.
- 2.2.2. הזכאים להיות מבטוחים עפ"י הגדרת "מבטוח" בסעיף 1.4 לעיל, ואשר לא היו מבטוחים בביטוח הקודם יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממשו את זכאותם תוך 120 יום מהמועד בו החל המבטוח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה או תוך 120 יום ממועד תחילת ביטוח זה או 120 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת.
- 2.2.3. עובדים אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מפרקי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 30 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.
- 2.2.4. הזכאים להיות מבטוחים עפ"י הגדרת מבטוח בסעיף 1.4 לעיל יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף 2, וזאת בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח.
- 2.2.5. יובהר כי גריעה או אי הוספה של מבטוח לרשימת המבטוחים ע"י בעל הפוליסה אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות בתום לב של שם מהרשימה, אינה מהווה ביטול/אי צירוף הפוליסה של אותו מבטוח, בתנאי

- שבמקרה שכזה יועברו על ידי בעל הפוליסה תצהירים בכתב, המאשרים את העובדה שגרירת/אי הוספתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב.
- 2.2.6. צירוף בני משפחה של עובד ו/או בני משפחה של נכד, בהתאם להסכם הביטוח והפוליסה, מותנה בביטוח העובד ו/או הנכד. ההצטרפות של בני המשפחה תהיה לרובד הביטוחי בו מבוטח העובד ו/או הנכד.
- 2.2.7. במידה והעובד המבוטח נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות אמצעי גבייה אישי למבטח.
- 2.2.8. עובד חדש יצורף לביטוח באופן באופן וולונטארי (צירוף בהסכמה) וזאת לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח. למרות האמור לעיל, עובד חדש יוכל להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה תוך 120 ימים מיום תחילת עבודתו. מועד הצטרפותו לביטוח יהיה בכפוף לאישור המבטח לקבלתו לביטוח. למען הסר ספק לאחר 120 ימים הצרוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.
- 2.2.9. בני משפחה של עובד חדש יצורפו לביטוח באופן וולונטארי (צירוף בהסכמה), לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, בני משפחה של עובד חדש המצטרפים תוך 120 יום מיום תחילת עבודתו, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות. מועד הצטרפותם לביטוח יהיה בכפוף לאישור המבטח לקבלתו לביטוח. למען הסר ספק לאחר 120 ימים הצרוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.
- 2.2.10. תינוקות שייולדו למבוטחים במהלך תקופת הביטוח שעל פי פוליסה זו, יהיו זכאים להצטרף לביטוח החל ממועד לידתם ללא הצהרת בריאות וחיתום רפואי וזאת בתנאי שהבקשה לצירופם לביטוח הוגשה באמצעות טופס הצטרפות במהלך 120 ימים מיום לידתם. לאחר מועד זה, יידרשו במילוי הצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח.
- 2.2.11. עובד/ת שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/ה בתוך 120 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. מועד תחילת הביטוח למצטרפים על פי סעיף זה יהיה המועד בו הצטרפו להסכם ביטוח זה בפועל.
- 2.2.12. יובהר, כי ילדים שצורפו לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לילדים בוגרים על פי תנאי הפוליסה ימשיכו בביטוח בתעריף ילד בוגר החל מהתאריך בו הגיעו לגיל בוגר כמוגדר כאמור.
- 2.2.13. ילדים בוגרים (ילדים בגיל 25 ומעלה) יצורפו לביטוח באופן וולונטארי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, ילדים בוגרים המצטרפים תוך 120 יום מיום תחילת הביטוח או ילדים בוגרים של עובד חדש המצטרפים תוך 120 יום מיום תחילת עבודתו, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות.
- 2.2.14. מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גרירתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.
- 2.2.15. מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לשב"ן עפ"י פרק ה' לפוליסה במקום כיסוי מההשקל הראשון לניתוחים (פרק ד'), וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 7 להלן.
- 2.2.16. על אף האמור לעיל, עובדים חדשים ובני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל פי הסכם זה, שהיה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה ואישור תשלום הפרמיה ל-3 חודשים אחרונים),

יחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטחים לביטוח הקודם הפרטי/הקבוצתי, בהתאמה, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה במידה וקיימת בהסכם, על הכיסויים החופפים. מבוטחים אשר בביטוח הקיים שלהם ישנן החרגות הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות של המבוטח לביטוח הקבוצתי של NVIDIA. מבוטחים אלה יהיו רשאים להצטרף לביטוח שעל פי הסכם זה ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממשו את זכאותם תוך 120 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה או תוך 120 יום ממועד תחילת ביטוח זה או 120 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת.

2.2.17. מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום יבוצע בתוך 30 ימים מיום קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח. למען הסר ספק, שולמו למבטח דמי ביטוח בטרם ניתנה החלטת המבטח כאמור, לא יהווה האמור להסכמה לקבלה לביטוח. קרה מקרה הביטוח בטרם נתן המבוטח את החלטתו בדבר הקבלה לביטוח, באם לפי הוראות החיתום היימות אצל המבוטח לגבי מבוטחים בעלי מאפיינים דומים, המבטח היה מודיע למבוטח על בלתו לביטוח אלמלא קרה מקרה הביטוח, ישלם המבטח למבוטח את סכום הביטוח בהתאם לכיסוי הביטוח הקבוע בתכנית הביטוח.

2.2.18. שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא יחשב 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.

2.2.19. **צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:**

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

2.2.19.1.1. 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 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

2.2.19.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא תצרך החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה 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.

2.2.19.2. סעיף 2.2.18 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

2.2.19.2.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

2.2.19.2.2. 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 מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

2.2.19.2.3. 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.

3. מבנה הביטוח

מסלול ניתוחים מלא	מסלול ניתוחים שב"ן	
צירוף אוטומטי	צירוף אוטומטי	אופן הצטרפות מבוטחים קיימים בהתאם לרובד בו היו מבוטחים בפוליסה הקודמת עד ליום 31.8.2021
צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות עובדים חדשים
צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות בני/בנות זוג וילדים
צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות ילדים בוגרים
א'-ג', ה'-ח'	א'-ד', ו'-ח'	פרקי הכיסוי

4. תקופת הביטוח

- 4.1. תקופת הביטוח תהיה 60 חודשים מתאריך תחילת הביטוח 1.9.2021 ועד 31.8.2026.
- 4.2. תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים.

4.3. 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**.

4.4. פחת מספר המבטוחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם, עפ"י **סעיף 4(ג) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**.

5. חובת גילוי

5.1. (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 - "עניין מהותי"), על המבטוח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

(ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה 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.

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. 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:

5.4.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

5.4.2. 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.

5.5. המבטוח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

5.5.1. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.

5.5.2. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטוח או על היקפה.

5.6. המבטוח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל לאחר שעברו חמש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבטוח פעל בכוונת מרמה.

6. תום תקופת הביטוח וברות ביטוח

6.1. הפסקת תקופת הביטוח:

6.1.1. הפסקת ביטוח תכנס לתוקפה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:

- 6.1.2. במועד תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 4.1 לעיל;
- 6.1.3. לפי המוקדם במקרים המנויים בסעיף 6.2.2 להלן;
- 6.1.4. על פי בקשת המבוטח בכתב למבטח;
- 6.1.5. במועד סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה - הביטוח יסתיים הן לגבי המבוטח העובד והן לגבי בני משפחתו המבוטחים.
- 6.2. המשכיות בפוליסת פרט:**
- 6.2.1. במקרים המנויים בסעיף 6.2.2 להלן יתאפשר לעבור לפוליסת פרט (להלן- פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:
- 6.2.1.1. פוליסת המשך תהיה בהיקף כיסויים 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.
- 6.2.1.2. דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח בפוליסה דומה על פי גיל המבוטח ובהנחה של 15% ל-3 שנים.
- במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי לכיסויים החופפים ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 6.2.2. האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 6.2.1, יינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:
- 6.2.2.1. סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;
- 6.2.2.2. הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם;
- 6.2.2.3. פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית. במקרה זה, שאריו של המבוטח יהיו זכאים להמשיך את הפוליסה בפוליסה פרטית כאמור להלן או במסגרת פוליסה זו כמפורט בסעיף 2.2.7 לעיל;
- 6.2.2.4. גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.
- 6.2.3. במקרים המפורטים בסעיף קטן 6.2.2.1 - 6.2.2.4, תפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 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.
- 6.2.4. ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

7. דמי הביטוח:

7.1. דמי הביטוח החודשיים בש"ח יהיו כדלקמן:

אופן התשלום	ניתוחים שב"ן פרקים א'-ג', ה'-ח'	ניתוחים השקל הראשון פרקים א'-ד', ו'-ח'	
עובד/ת	97.53	99.77	
ממומן על ידי בעל הפוליסה (למעט זקיפת שווי מס)			
אמצעי גבייה אישי	97.53	99.77	בן/בת זוג /ילד בוגר מגיל 25 שנה
אמצעי גבייה אישי	31.39	33.63	(*) ילד/נכד עד גיל 24 שנה (כולל)

(*) ילד/נכד שלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה

7.2. אופן התשלום

עובד/ת - הפרמיה תשולם במימון המעסיק, למעט גילום המס, ותועבר במרוכז ע"י המעסיק.

7.3. בני משפחה - הפרמיה תשולם במימון העובד ותשלום באמצעות אמצעי גבייה אישי. דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה-25 בכל חודש בגין החודש הקודם.

7.4. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד הידוע ביום תחילת הפוליסה.

7.5. 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.

7.6. התאמת פרמיה

לאחר 18 חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה ("תקופת הבדיקה"). במידה ותידרש העלאת / הפחתת פרמיה, היא תחול החל מהחודש ה-22. במידה ויימצא הפסד, רשאי המבטח לעלות את הפרמיה. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים נוספים לפוליסה כפי שיוחלט בין הצדדים במועדי התאמת פרמיה.

7.7. הצהרת בעל הפוליסה - סעיף 3 א' לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

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

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

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות

- את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לענין זה, "העלאת דמי ביטוח" -
- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח והעלאת בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- (3) למעט העלאת בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאת 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.

8. תגמולי ביטוח

- 8.1. 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.
- 8.2. 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.
- 8.3. 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 לעיזבונו 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.
- 8.4. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 8.5. החברה תנכה מהתשלומים את כל החובות המגיעים לה מהמבוטח בגין פוליסה זו בכפוף להוראות הדין.
- 8.6. 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 לשאת פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של החברה כאמור.
- 8.7. במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.

8.8. אישור (או דחייה) של התביעה ייעשה תוך 21 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה.

8.9. הוראות לענין חבות משותפת וזכות שיבוב - סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:

8.9.1. 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.

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

9. ביטוח כפל:

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

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

10. תביעות

10.1. בקרות מקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח בחו"ל, בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל, יודיע על כך למבטח ויקבל את התייחסות המבטח לתביעה בכתב תוך זמן סביר ובהתחשב במצבו הרפואי של המבוטח ובדחיפות הבעיה הרפואית. למען הסדר הטוב, מובהר כי למבוטח הזכות להחליט אם ברצונו לקבל את הטיפול הרפואי בישראל או בחו"ל, במידה והכיסוי קיים בחו"ל, ובכפוף להוראות הסכם זה. יובהר כי במקרה והמבוטח לא פנה למבטח לקבלת אישור מוקדם כאמור, מקרה הביטוח יכוסה עד לגובה הסכום שהיה משלם המבוטח לו הייתה נמסרת לו על כך הודעה מראש.

10.2. אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח ו/או קבלת טיפול רפואי דחוף במבוטח ושמונע ממנו להודיע למבטח מראש על כך, ידון המבטח בתביעה לאחר הניתוח ו/או הטיפול הרפואי הדחוף ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות פוליסה זו בתנאי שהתקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום או הטיפול הרפואי טיפול חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת המבוטח תוך זמן סביר העולה ממצבו של המבוטח, ולא יותר מ-45 יום ממועד ביצוע הניתוח ו/או קבלת הטיפול הרפואי.

10.3. 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 לביור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

10.4. 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 המבוטח. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

10.5. החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מובצעים בפועל על ידי החברה, ולנזקים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירותו 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 כתבי השירות בפוליסה, ככל שקיימים כתבי שירות בפוליסה.

10.6. בכיסויים שלפיהם זכאי המבוטח לקבל החזר של הוצאות רפואיות יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבוטח לפי דרישתו התחייבות כספית שתאפשר לו לקבל את השירות הרפואי, וזאת על חשבון הכספים שיגיעו לו על פי הפוליסה בכפוף לקיום הסכם עם הספק.

10.7. תגמולי ביטוח להם זכאי המבוטח, בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע שאינו מטבע ישראלי - ישולמו במטבע ישראלי ויוצמדו לשער המטבע ביום התשלום.

11. חריגים כלליים

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים אלא אם צוין אחרת בפרקי הפוליסה:

11.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח.

11.2. מקרה הביטוח אירע במהלך תקופת האכשרה. למעט מקרה ביטוח שנגרם מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.

11.3. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.

11.4. סייג בשל מצב רפואי קודם -

מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

11.4.1. חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

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

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

11.4.2. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

11.4.3. על אף האמור בסעיף 11.4.1 לעיל, סייג לחבות המבוטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

11.5. התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.

11.6. מקרה ביטוח נגרם מבקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

11.7. טיפולים ניסיוניים.

11.8. טיפולי שיניים וחניכיים. (למעט הרשום בפרק ו' סעיף 3.18 וסעיף 3.19)

11.9. פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.

11.10. השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, משטרתית, במהפכה, במרד, בפרעות, במהומות, במעשה חבלה, או בפעולה אלימה המוגדרת כפשע. או מקרה ביטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי לרבות

תרגילים/ אימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבע או שירות במילואים או צבא סדיר.

11.11. כל נזק שנגרם במישרין או בעקיפין עקב השתתפותו מרצון של המבוטח בפשע, עוון, סחר בסמים, פעילות ללא רישיון תקף המתאים לאותה פעילות ככל שנדרש (קרי רישיון נהיגה או טיסה, או פעילות ספורט המחייבת רישיון), או התנגדות למעצר.

11.12. השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, משטרתית, במהפכה, במרד, בפרעות, במהומות, במעשה חבלה, או בפעולה אלימה המוגדרת כפשע. או מקרה ביטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי לרבות תרגילים/ אימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבע או שירות במילואים או צבא סדיר.

הוראות בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

12. מתן מסמכים והודעות למבוטח - סעיפים 6,7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי.

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

12.2. על אף האמור בסעיף 11.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הווארד הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין-

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

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

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

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

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

12.5. 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 המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 2.2.19 או בסעיף 7.8 לעיל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 2.2.19.2 לעיל, לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

12.5.1. 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.

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

12.5.3. פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 12.3 להלן ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים, 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 המבטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

12.5.4. חלה על מבטח 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.

13. ביטול הפוליסה ע"י המבטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

13.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבטח כאמור בסעיף 2.2.18 לעיל והודיע המבטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, 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.

13.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבטח כאמור בסעיף 2.2.18 או בסעיף 6.6 לעיל, 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 ופונה מבטח 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 המבטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 2.2.18.2 לעיל; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

13.3. על אף האמור בסעיף 3.3 לעיל, פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח, 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 המבטח.

14. הצמדה

14.1. סכומי הביטוח הקובעים, דמי הביטוח וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבטח הכל לפי העניין, צמודים למדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל.

14.2. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל על ידי החברה לגבי סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח, או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד הידוע ביום תחילת הפוליסה.

15. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על -פי פוליסה זו, היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. במקרה בו מדובר בתביעת קטין, בחישוב תקופת ההתיישנות לא תבוא במניין תקופת ההתיישנות התקופה בה טרם מלאו לתובע שמונה עשרה שנים. אם עילת התביעה הנה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

16. חוק הביטוח וחוק הבריאות

16.1. הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 יחולו על פוליסה זו.

16.2. למען הסר ספק, הוראות פוליסה זו כפופות להוראות החוק והרגולציה ואין בהם כדי לגרוע מזכויותיו של המבוטח.

16.3. אם יחולו שינויים בחוק הבריאות או בסל שירותי הבריאות על פי חוק הבריאות, תהא החברה רשאית לערוך את השינויים המתבקשים מכך בפוליסה.

17. שינויים

17.1. החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם.

18. מיסים והיטלים

18.1. 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.

18.2. 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.

19. הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

פרק א': ביטוח להשתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות:

- 1.1. **המרכז הלאומי להשתלות** - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
 - 1.2. **טיפול מיוחד בחו"ל** - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן.
 - 1.2.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.
 - 1.2.2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.
 - 1.2.3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל.
 - 1.2.4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
 - 1.2.5. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
 - 1.2.6. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.
 - 1.2.7. הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.
 - 1.3. **השתלה** - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקום או השתלה של מח עצמות או תאי אב, תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתת כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה.
- השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- הגדרה זו נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.**

2. מקרה הביטוח

- 2.1. צורך רפואי לביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו, בארץ או בחו"ל.
- 2.2. צורך רפואי בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

3. סכום הביטוח:

- 3.1. סכום הביטוח המרבי לכל תקופת הביטוח למבוטח:
 - 3.1.1. **להשתלה:**
 - 3.1.1.1. אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - ללא תקרה.
 - 3.1.1.2. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 5,000,000 ₪.

3.1.2. טיפול מיוחד בחו"ל:

3.1.2.1. אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - ללא תקרה.

3.1.2.2. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,000,000 ₪.

3.2. **נותן שירות שבהסכם** - החברה תשלם את מלא השיפוי, ישירות לנותן השירות שבהסכם לגבי מקרה הביטוח שאירע.

3.3. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הרפואיות הממשיות המפורטות להלן ששילם בפועל לנותן השירות הרפואי. התשלום יבוצע כנגד קבלות מקוריות או העתקת המפרטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במבוטח, הסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח הכוללים פירוט כל הפעולות, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי כמפורט בסעיף 3.1 לעיל. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

4. התחייבות החברה

בקורת מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח כמפורט להלן:

4.1. אפשרות שיפוי להשתלה/לטיפול המיוחד בהתאם למפורט בסעיף

4.1.1. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל.

4.1.2. הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל לרבות הוצאות חדר ניתוח. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרישי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

4.1.3. תשלום עבור אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 300 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות, ולרבות טיפולי דיאליזה עד לסכום של 150,000 ₪ לטיפולים אלו.

4.1.4. שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפולו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה.

4.1.5. בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת האשפוז. שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז.

4.1.6. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.

4.1.7. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. במקרה בו המבוטח העובר את ההשתלה או את הטיפול המיוחד הינו מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים.

4.1.8. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל להשתלה או לטיפול המיוחד, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד 100,000 ₪. על אף האמור, אם תואמה ההטסה הרפואית המיוחדת על ידי המבטח, יינתן כיסוי מלא.

4.1.9. תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, עד 1,000 ₪ ליממה לאדם ועד 400,000 ₪. במקרה בו המבוטח העובר את ההשתלה או את הטיפול המיוחד הינו מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים. עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.

- 4.1.10. תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל - אם לא ניתן להעביר את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 4.1.11. תשלום עבור המשך טיפולים בארץ הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, עד 12 חודשים מביצוע ההשתלה ועד לסכום של 200,000 ₪ להשתלה או עד לסך של 150,000 ₪ לטיפול המיוחד, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי.
- 4.1.12. תשלום מלא עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל לצורך ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 4.1.13. תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, וזאת עד 150,000 ₪.
- 4.1.14. הוצאות העברה יבשתית להשתלה או לטיפול המיוחד - המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח.
- 4.1.15. תשלום עבור הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת להשגת, שימור והעברת האיבר המושגל למקום ביצוע ההשתלה. במקרה של השתלת מח עצם ובכפוף לקרות מקרה הביטוח, ישולמו הוצאות הבדיקות לאיתור תורם מח עצם, וזאת עד 210,000 ₪.
- 4.1.16. ביצע המבוטח השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה זכאי לסכום חודשי של 5,000 ₪ להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה או לבלב או 3,000 ₪ להשתלת כליה, מעי, שחלה או מח עצמות מתורם אחר (למען הסר ספק לא כולל השתלת מח עצמית), אשר ישולם למבוטח לאחר ביצוע ההשתלה בארץ או מיום חזרתו ארצה ולמשך תקופה מרבית של 24 חודשים.
- 4.1.17. ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,000 ₪ בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 4.1.18. מבוטח אשר נזקק להשתלה ובשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו, יהיה זכאי לקצבה חודשית בסך של 3,500 ₪, וזאת לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-6 חודשים, מבוטח כאמור, אשר שווה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל בגין התקופה בה היה מאושפז.

4.2. **תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה**

מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה ולא דרש ולא קיבל את השתלפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪, זאת למעט השתלת מח עצם עצמית, קרנית - הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכויותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי אחר על פי פרק זה.

4.3. **תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה**

יקבל את הפיצוי המגיע לו ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין השתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה, קבל המבוטח פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל. עבור ביצוע השתלה בארץ בגובה 100,000 ₪.

4.4. **למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח כמפורט בסעיף 1.3 (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים**

4.2 ו-4.3 לעיל ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה ובכל מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 4.2 או 4.3 לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 4.1 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף 4.5 להלן.

4.5 גמלת החלמה לאחר השתלה

4.5.1 עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, סכום חודשי לאחר השתלה בסך 7,500 ₪ למשך 24 חודשים החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל. עבר המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל וקופ"ח השתתפה בהוצאות הטיפול, ישלם המבטח למבוטח פיצוי חודשי עבור השתלת קרנית סכום חודשי בסך 4,000 ₪ למשך 3 חודשים. עבור השתלת מח עצם (עצמי או זר) 4,000 ₪ למשך 4 חודשים.

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

4.6 טיפול ניסיוני בחו"ל

נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן לרבות סרטני דם למיחים או מחלת אוטואימונית ממנה הוא סובל, או בשל מחלת פרקינסון או טרשת נפוצה או שיתוק מוחין, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי - (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה של המבוטח בחו"ל כדלקמן:

4.6.1 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד 20,000 ₪. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

4.6.2 הוצאות הטהר רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצויד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד 100,000 ₪.

4.6.3 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים עד 1,000 ₪ ליום לאדם ועד 45 יום.

מובהר כי השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד חוזרים אשר יידרשו/ בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

למען הסר ספק מובהר כי שימוש במכונת החיאה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה על פי פרק זה.

בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

- 1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;
- 2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

5. חריגים מיוחדים:

בנוסף לחריגים הכלליים בפרק הכללי החברה לא תהיה חייבת בתשלום תגמולי ביטוח עפ"י פרק זה במקרים הבאים:

5.1. טיפול מיוחד שהינו טיפול ניסיוני או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

6. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 90 יום.

למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה.

פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות

1. הגדרות

1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, שנועד לשם אבחון, ריפוי, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו ו/או מניעת החמרת מצב רפואי כלשהו לרבות, אך לא רק, הסימפטומים הרפואיים, לרבות כאב אך לא רק, מניעת התפתחות אותה מחלה, לרבות, אך לא רק, בשל מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי אחר.

ההגדרה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי.

1.2. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל וכפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.

1.3. **רופא מומחה** - רופא אשר הוכר כמומחה על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.

1.4. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.

ההגדרה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי.

1.5. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.

1.6. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.

1.7. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן נותני השירות).

1.8. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.

1.9. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם חודשי. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.

2. מקרה הביטוח

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

2.2. **תרופה** שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות לטיפול במצב רפואי אחר ולא למצבו של המבוטח ואולם התרופה הומלצה על ידי רופא מומחה בהתאם לממצאים

שהתגלו לאחר בדיקה אונקוגנטית להתאמת הטיפול בתרופה, והתרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;

או תרופה שניתן לה אישור לייבוא אישי של התרופה על פי **תקנה 29 (א) 3** לתקנות הרוקחים, אישור על פי פקודת הרופאים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי ורופא מומחה בכיר קבע כי המבוטח זקוק לה;

או תרופה אשר אושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו ונדרשת לטיפול במבוטח הנמצא במצב של סכנה לחייו עקב מצבו הבריאותי ובכפוף לכך שרופא מומחה בכיר קבע כי התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים וכי התועלת בשימוש בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה;

או תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר מטעם המבוטח ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת תרופה על פי סעיף זה ישולמו למבוטח עד 500,000 ₪.

במידה ויוכח שהתרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי המלצת הרופא המטפל, יתווסף סך של 500,00 ₪.

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

2.4. **בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות** - המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות גנומיות ו/או מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא, בין אם קיימת ובין אם תהיה ידועה בעתיד, על רקמה ביולוגית ו/או נוזל (כדוגמת דם/ פלסמה/CSF וכו') שמטרתן לסייע בקבלת החלטה על טיפול למחלה לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או מיון המומלץ ובלבד שהבדיקה כאמור בוצעה עפ"י הפניית רופא מומחה בכתב. המבטח יישא כאמור בתשלום מלוא עלות הבדיקות הגנומיות עד סך של 50,000 ₪ למקרה ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 15% מסכום הבדיקות. יודגש, שככל שדו"ח הבדיקה ימליץ על תרופה, אחת או יותר, לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאמור כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה בהתאם לתנאי הפוליסה, בין אם היא רשומה להתוויה ובין אם לא, והכל בהתאם למרשם הרופא.

2.5. **קנאביס רפואי למחלת סרטן** - המבוטח יהיה זכאי לכיסוי עבור קנאביס רפואי ו/או תוספי תזונה על פי הפניית רופא מומחה למרשם למתן טיפול זה במקרה בו חלה המבוטח במחלת סרטן במהלך תקופת הביטוח ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות עפ"י חוק.

ההגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות".

2.6. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על-פי תנאי פרק זה בגין אחד מהסעיפים המפורטים להלן:

2.6.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (להלן - "המדינות המוכרות"): ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

2.6.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת עפ"י ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי בריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח,

ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת במדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

2.6.3

תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות המוגדרת כ-OFF LABEL שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

2.6.3.1 פרסומי ה-FDA

2.6.3.2 American Hospital Formulary Service Drug Information

2.6.3.3 US Pharmacopoeia - Drug Information

2.6.3.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

א. עצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה 1 או 2a.

ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.

ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה 1 או 2a.

2.6.3.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

(א) NCCN

(ב) ASCO

(ג) NICE

(T) ESMO Minimal Recommendation

ההגדרה וההוראה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2015-1-18 - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי".

3. תגמולי הביטוח

3.1. החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותן השירות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 150 ₪ למרשם לחודש ועד 300 ₪ לכל המרשמים לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי ובכפוף לתנאים כמפורט להלן.

במקרה שבו רכישת התרופה נעשית על בסיס חודשי, ההשתתפות העצמית למרשם הינה על בסיס חודשי, ותחול על כל חודש בנפרד. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

3.1.1. על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפו עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ₪ לחודש.

3.2. במקרה וקיבל המבוטח את התרופה המכוסה על פי פרק זה משב"ן ושילם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.

3.3. המבטוח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבטוח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר. יובהר כי במקרה והמבטוח לא פנה למבטח לקבלת אישור מוקדם כאמור, מקרה הביטוח יכוסה עד לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו הייתה נמסרת לו על כך הודעה מראש.

3.4. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, ייקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרחבי המאושר באנגליה.

3.5. סכום הביטוח המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות בגין סעיפים 2.1, 2.3 ו-2.6 יהיה עד 3,000,000 ₪ לתקופה בת 30 חודשים. סכום הביטוח יתחדש לכל תקופה של 30 חודשים שתחילתה מיום תחילת הפוליסה.

3.6. סכום הביטוח המרבי בגין תרופה/ות לפי סעיפים 2.2 יהיה עד 500,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. במידה ויוכח שהתרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבטוח על פי המלצת הרופא המטפל, יתווסף סך של 500,000 ₪.

3.7. סכום הביטוח המרבי בגין תרופה/ות לפי סעיף 2.4 יהיה עד 50,000 ₪ למקרה ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 15% מסכום הבדיקות.

3.8. סכום הביטוח המרבי בגין תרופה /ות לפי סעיף 2.5 יהיה עד 30,000 ₪ לשנת ביטוח.

3.9. החברה תשפה את המבטוח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד ל-200 ₪ ליום ועד 60 יום למקרה ביטוח.

4. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

4.1. תרופה ניסיונית, למעט המפורט באחד הסעיפים בפרק זה.

4.2. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.

4.3. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.

4.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

4.5. טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.

4.6. טיפול תרופתי מניעתי למבטוח שאינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ובכלל זה מוטציה ו/או ויראציה דומה אחרת.

4.7. טיפול תרופתי מניעתי לצהבת לסוגיה השונים.

5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל

החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבטוח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל-183 יום בשנה למעט בהם שהייה היא במסגרת ניתוח ו/או השתלה שמכוסים על ידי המבטח.

חזר המבטוח לגבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

6. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 90 יום.
למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה.

פרק ג': ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הגדרות

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

1.2. **"טיפול מחליף ניתוח בחו"ל"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע הניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח אותו הוא מחליף. למען הסר ספק, כימותרפיה רדיותרפיה, דיאליזה, טיפולי רפואה משלימה מכל סוג, לא יחשבו כתחליף ניתוח על פי הוראות פרק זה.

1.3. **"תותבת/שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי, או טבעי המשותלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון, עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, דפיברילטור, תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחזרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיורפיה (כדוגמת טיפול בסיטרקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם עם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל ועד לסכום מרבי של 40,000 ₪.

הגדרה זו נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.

2. מקרה הביטוח

צורך בביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי

3.1. תואם הניתוח מראש על ידי המבטח לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותאום הניתוח נעשה ישירות על ידי המבטח, יכוסה הניתוח במלואו. בהיוודע למבטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מיידי ומסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא והפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ובוצע הניתוח ללא תאום מוקדם של המבטח סכום השיפוי בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. סכום השיפוי המירבי בבית חולים שלא בהסכם - שיפוי עד סכום ש 300,000 ₪, או 200% מעלות ניתוח בארץ, הגבוה ביניהם.

3.2. **הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח באורח מלא וישיר עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתל, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני ניתוח וחוות דעת שנייה בגין בדיקה פתולוגית, שתי התייעצויות לפני ושתי התייעצויות אחרי הניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.

3.3. בנוסף לאמור בסעיף 3.1 לעיל, תכסה החברה גם את ההוצאות הבאות:

3.3.1 כיסוי להוצאות הטסה רפואית

במקרה שהמבטח אינו כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח.

"הטסה רפואית" - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

3.3.2 כיסוי להוצאות טיסה ושהייה בחו"ל

במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 7 ימים או יותר, החברה תכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של מלווה אחד, לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 1,050 ₪ ליום לתקופה מירבית של 60 יום במקרה בו המבטח העובר את הניתוח מתחת לגיל 18, יונתן הכיסוי לשני מלווים - עד 1,300 ₪ ליממה לשני מלווים.

3.3.3 כיסוי להוצאות הטסת גופה

החברה תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ל המבטח בעת שהותו בחו"ל וכתוצאה ישירה מהניתוח.

3.3.4 הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל

מבטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, או שהחברה קבעה לבקשת המבטח, כי הכיסוי בגין ניתוח בחו"ל יינתן באמצעות הבאתו של מומחה לביצוע הניתוח בישראל כתחליף לסעיף השיפוי מול ספק השירות, יהיה זכאי להחזר הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח ובהבאת המנתח המומחה מחו"ל לישראל.

3.3.5. כיסוי להוצאות שהייה לאחר ניתוח

בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות השהייה שלו ושל של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים, לתקופה של עד 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים). סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, עד 1,050 ₪ ליום לתקופה מרבית של 30 יום. במקרה בו המבוטח העובר את הניתוח מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים - עד 1,300 ₪ ליממה לשני מלווים.

3.3.6. פיצוי חד פעמי - בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח

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

3.3.7. שכר אח/אחות פרטית או שירותי שמירה וסיוע בעת שהותו של המבוטח בביתו, החזר עד 550 ₪ לכל יום אשפוז לאחר יום ביצוע הניתוח, ותקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

4. חריגים מיוחדים

סעיף החריגים הכלליים בפוליסה שאליה צורף פרק זה חלים אף על פרק זה. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

- 4.1. השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל שאינם ניתנים לביצוע בישראל.
- 4.2. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.
- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור מעיים שמקורם אינו בצורך רפואי.

5. תנאים מיוחדים לפרק

- 5.1. הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח, ייעשו ישירות על ידי החברה. בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את החברה באופן מיידי וימסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח ו/או יבחר לבצע את הניתוח אצל מנתח ובית חולים שאינם בהסדר עם החברה למרות אישור התביעה ע"י החברה תגמולי הביטוח יוגבלו לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבטח לנותני שירות אף לא יותר מעלות הוצאות הניתוח שהיו משולמות על ידי החברה לספק בחו"ל הקשור עימה בהסכם במדינה בה מבוצע הניתוח או במדינה דומה.
- 5.2. החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

פרק ד': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

1. הגדרות:

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

הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2. שכר מנתח.

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

3.4. **טיפול מחליף ניתוח:** וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.

לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

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

בוטח החוזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

- 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
 - 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוסח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוסח עם יחס BMI גבוה מ-40.
 - 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
 - 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוסח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוסח או השתלת לב מלאכותי.
 - 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
 - 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוסח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
 - 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
 - 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 11.4 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
 - 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.
5. תקופת אכשרה:
- תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

פרק ה': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח

(לבעלי שב"ן - כללית מושלם/פלטינום, מגן זהב, מאוחדת עדיף/שיא, לאומית זהב)

פרק זה יחול במקום פרק ד', אך ורק על מבטוח אשר בחר להיות מבטוח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים כמפורט בסעיף 2.2.14 בתמורה לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 7 לפוליסה זו

1. הגדרות:

1.1. **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

1.2. **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

1.3. **ניתוח** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבטוח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.4. **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

1.5. **בית חולים פרטי** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

אחד מאלה:

(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.

(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.6. **קופת חולים** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994

1.7. **רופא מומחה** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.8. **שתל** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבטוח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.9. תקופת אכשרה

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבטוח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבטוח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה,

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2. שכר מנתח.

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

3.4. טיפול מחליף ניתוח - וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.

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

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

4. תגמולי ביטוח:

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

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

בקורות מקרה ביטוח החברה המבטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

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

4.3. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 3 לעיל ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

5. ברות ביטוח:

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

6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

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

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

6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

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

6.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.

- 6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 11.4 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

7. תקופת אכשרה:

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

פרק ו': שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **"בדיקות רפואיות אבחנתיות"** - כל בדיקה אחרת המבוצעת בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה כיום או שתהיה ידועה בעתיד הנדרשת לאבחון ו/או למניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה. יובהר כי לא יינתן החזר לבדיקות אבחון לבעיות קשב וריכוז, ליקויי למידה והתפתחות הילד.
- 1.2. **"ניתוח גדול"** - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה אושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 1.3. **"בדיקה פתולוגית/בדיקת פתולוגיה"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.
- 1.4. **"בדיקות ושירותים להריון"**
 - 1.4.1. בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.4.2. בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.4.3. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.4.4. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
 - 1.4.5. בדיקת מי שפיר (או בדיקת אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסמי שליה לרבות ציפ גנטי או בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים.
 - 1.4.6. בדיקת אקו לב של העובר.
 - 1.4.7. בדיקת כרומוזומים לשלילת תסמונת דאון וטרזומיה 18.
 - 1.4.8. בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני הריון: סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימים כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF) תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנוון וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
 - 1.4.9. כל בדיקת הריון המקובלת באותה עת.
- 1.5. **"מוסד החלמה"** - מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי.
- 1.6. **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

2. מקרה ביטוח

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו למבוטח שלא בעת אשפוז, אל כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

החברה תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל (למעט אם מפורט אחרת בסעיף), בגין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה, אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט להלן.

3.1. חוות דעת רפואית בישראל ללא קשר לניתוח

המבטח ישפה את המבוטח בגין התייעצויות אצל רופא מומחה לרבות ולא רק גנטיקאי, פרמקולוג, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין

התשלום המלא או החלקי ששילם עבור ההתייעצויות/יות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפיו רק בגין חלק מעלות ההתייעצות יקוזז הסכום עליו ויותר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון, והתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי. סכום הביטוח המירבי הינו עד 1,000 ₪ לכל התייעצות ועד 5 התייעצויות בשנת ביטוח. השתתפות עצמית 20%.

3.2. **חוות דעת רפואית שניה בחו"ל** - מבוטח יהא זכאי לחוות דעת בחו"ל, בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, החזר עד סכום ביטוח מרבי של 6,500 ₪, לפי הנמוך ביניהם, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת ישולם בגין הוצאות טיסה עד סכום מירבי של 4,500 ₪ ועבור הוצאות שהייה עד סכום מרבי עד 1,050 ₪ ליום ועד 7 ימים.

3.3. **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - המבטח ישפה את המבוטח בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות עד לסכום מרבי של 6,000 ₪ לבדיקה ועד 13,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.4. **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית** - המבטח ישפה את המבוטח עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לא הוא נידרש. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח עד 6,000 ₪ לשנת ביטוח, השתתפות עצמית 20%, לפי הנמוך ביניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.5. **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה** - המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לרופא רדיולוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה עד סכום ביטוח מרבי של 3,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.6. **טיפול פיזיותרפיה/הידרותרפיה/ספורטרפיה/ריפוי בעיסוק/טיפול שיקומי אמבולטוריים** - המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את הטיפול כאמור עד 12 טיפולים ועד תקרה של 2,500 ₪ לשנת ביטוח, השתתפו עצמית 20% ובלבד שהטיפול הינו לפי הוראת רופא.

שירותי רפואה גנטיים

3.7. **בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות** - במקרה של צורך בטיפול רפואי המכוסה באחד מפרקי פוליסה זו - יכוסו בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או מינון, סוג התרופה וכדומה. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מ-20,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצע על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

שירותי רפואה כלליים

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

3.9. **אביזרים רפואיים** - המבטח ישתתף בהוצאות רפואיות בביצוע טכנולוגיות רפואיות לטיפול במחלות בארץ או בחו"ל: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar, Agrelief 10), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, חבישות לחץ, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר בדוקציה לתינוקות, עדשות קורטקונוס, שתל קוכולארי, בניה מיוחדת של נעליים לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, תותב לאין אונות, משאבת אינסולין, מדרסים, מכשיר שמיעה - עד תקרה של 5,000 ש"ח לשנת ביטוח מההוצאה בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

למרות האמור לעיל, ההחזר למדרסים יהיה עד לסכום מרבי של 400 ש"ח לשנת ביטוח בכפוף להפניה רופא אורתופד.

3.10. **הזרקות בטיפולים רפואיים לרבות חומרי סיכוך במפרקים**, בכפוף להמלצת רופא מטפל וצורך רפואי, המבטח ישתתף בעלות טיפול להזרקת חומרי סיכוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק להזרקת חומרי סיכוך למפרקים לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 6,000 ש"ח למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.

3.11. **טכנולוגיות לטיפול בכאב** טיפול בגלי הלב, הזרקת לוורידים המבטח ישלם למבוטח עד לסכום מרבי של 3,000 ש"ח לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.12. **טיפולים בתא לחץ** המבטח ישלם למבוטח עד לסכום מרבי של 10,000 ש"ח לכל תקופה של 30 חודשים, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

התפתחות הילד

3.13. **טיפול ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים** - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% מהסכום שישולם בפועל תמורת רפוי בעיסוק, קלינאית תקשורת, פסיכולוג התפתחותי או אבחון וטיפול בבעיות לקויי למידה. תקרת השתתפות המבטח לפי סעיף זה בגין אבחון עד 1,500 ש"ח לתקופה של 30 חודשים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. תקרת השתתפות המבטח לפי סעיף זה לטיפול, עד 140 ש"ח לטיפול ועד 15 טיפולים

לתקופה של 30 חודשים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. הכיסוי מותנה בהמצאת המלצה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי על הצורך בטיפול על פי סעיף זה.

רפואה מונעת

3.14. **בדיקות סקר תקופתיות מגיל 44 ואילך:** המבוטח יהא זכאי, לבדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים), אחת לשנתיים אשר יבוצעו באמצעות חברת "מדיטון" או מכון אחר עמו תהיה קשורה החברה בהסכם, ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 250 ש"ח (בהתאם לכתב שירות מדיטון מורחב) אשר כוללת בין היתר את הבדיקות הבאות:

1. מילוי שאלון רפואי הכולל היסטוריה רפואית של הנבדק.

2. בדיקות מעבדה מקיפות הכוללות: ספירת דם מלאה, אלקטרוליטים, תפקודי כבד, תפקודי כליות, שומנים בדם (כולסטרול + טריגליצרידים), סוכר.
3. בדיקת דם לגילוי סרטן הערמונית **psa** לגברים מעל גיל 44.
4. בדיקת דם לגילוי קרישיות יתר של הדם - הומוצסטואין.
5. בדיקת דם המהווה מדד לתהליכים דלקתיים בגוף - **crp**.
6. בדיקת ויטמין B12 ופוליק אסיד לאבחון חוסר בוויטמין היכול לגרום להפרעות בתפקוד המערכת העצבית.
7. בדיקת שתן לכללית: חלבון, סוכר, אריתרוציטים, לויקוציטים, **ph**, תאי ציפוי, גלילים, חיידקים.
8. ארוחה בוקר להפסקת הצום.
9. בדיקת רופא מקיפה.
10. בדיקת לחץ דם.
11. בדיקת גובה ומשקל.
12. בדיקת דם סמוי בצואה בנוסף על הבדיקה הרקטלית - כאמצעים לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס.
13. בדיקת בלוטת הפרוסטטטה - לגילוי מוקדם של סרטן הערמונית.
14. בדיקת שמיעה.
15. בדיקת עיניים מקיפה ע"י רופא עיניים, הכוללת בדיקת קרקעית העין, חדות הראייה ולחץ תוך עיני - לגילוי מוקדם של מחלת הגלאוקומה.
16. צילום חזה ופענוח ע"י רנטגנולוג.
17. הערכת תפקוד הלב באמצעות א.ק.ג. במנוחה ובמאמץ-ארגומטריה ופענוח ע"י קרדיולוג מומחה.
18. סל גניקולוגי לנשים:
 - בדיקה גניקולוגית ובדיקת **pap smear** לאבחון מוקדם של סרטן צוואר הרחם.
 - ממוגרפיה מעל גיל 50.
19. שיחת סיכום עם הרופא.
20. קבלת דו"ח מודפס וממוחשב של הבדיקה כולה.

הריון ולידה

- 3.15 **בדיקות ושירותים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.4 לעיל, החרז עד 4,000 ₪ לכל הריון במקרה של היריון רב עוברים עד 6,000 ₪ להריון בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.3.8 כולל יעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההיריון או לאחריו, עד לסכום של 2,000 ₪ להריון בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
 - 3.15.1 שמירת הריון באשפוז - מבטחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים תהיה זכאית לפיצוי של 100 ₪ לכל יום אשפוז החל מיום האשפוז ה-14 ועד 3,000 ₪ לכל הריון.
- 3.16 **טיפול פריין לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל** - המבטח ישפה את המבוטחת ב-80% מהסכום ששילמה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי פריין לרבות הפריה חוץ גופית (i.v.f.) או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון, וזאת עד תקרת של 20,000 ₪ בכפוף להשתתפות עצמית של 20% לכל ילד. ועד לשני ילדים.

להסרת ספק, במקרה ששני ההורים מבוטחים בפוליסה זו ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול.

3.17. **מימון לבדיקות היריון המבוצעים באם פונדקאית בארץ ובחו"ל** - המבטח ישפה את המבטח הנזקק לשירותי פונדקאות עקב בעיה רפואית פעילה ב-80% מהסכום ששולם בפועל תמורת בדיקות היריון (כאמור בסעיף 3.15 ו-3.16) המופיעות בפרק זה והנובעות ישירות מהליך הפונדקאות להם נזקקת האם הפונדקאית, וזאת עד תקרה של 4,000 ₪ לכל היריון. במקרה של היריון רב עוברי עד 6,000 ₪ להיריון.

טיפולים המבוצעים ע"י רופא שיניים:

3.18. **עקירה כירורגית** - החזר למבטח עבור תשלומים שהמבטח שילם לרופא שיניים עבור ביצוע עקירה כירורגית של שן, עד 280 ₪.

עקירה כירורגית פירושה, עקירת שן כתוצאה מתהליך עששתי אשר גרם להרס מוחלט של כותרת השן או שן בעלת שורשים עקומים ומפותלים אשר מחייב חיתוך בחניכיים עד לחשיפת השורשים על מנת לאפשר נקודת אחיזה לכלי העזר החולץ.

הזכאות לטיפול רק אם התופעות המצוינות לעיל יאובחנו בצילום רנטגן לפני הטיפול.

3.19. **ניתוחי חניכיים** - החזר למוטב עבור תשלומים שהמוטב שילם לפריודונט מומחה עבור הטיפולים כדלהלן:

3.19.1. **בדיקה פריודנטית** - בדיקה וקביעת תכנית טיפול תוך רישום מלא של הממצאים הדנטליים הנדרשים - עד 140 ₪.

3.19.2. **טיפול פריודנטי שמרני (הקצעת שורשים אט קיורטג') - פעולה שמטרתה הסרת הרובד והאבנית ממשטחי השורש או הסרת הרקמה הרכה בכיס החניכיים** - עד 1,500 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה).

3.19.3. **כירורגיה פריודנטלית** - ניתוח ברקמה רכה, כריתת חניכיים, ניתוח מטלית, השתלת חניכיים; הניתוח יכלול אלחוש מקומי, תפרים וכל הדרוש לביצוע וסיום הטיפול. הזכאות טיפול זה היא לאחר 3 חודשים מתום הטיפול הפריודנטי השמרני כאשר קיימת עדיין תחלואה פריודנטית הפה המחייבת ניתוח זה - עד 1,500 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה).

ניתוח חניכיים פירושו הקצעת שורשים (root planning) או כריתת חניכיים או מטלית לגרידת חניכיים או ניתוחי עצם והשתלת חניכיים בתנאי שקיימת תחלואה פריודנטלית ברקמות הרכות ורקמות התמיכה של השן מחייבת התערבות כירורגית. התשלום יינתן לביצוע הבדיקה לפי סעיף 3.19, וכן לאחר מהפעולות הנ"ל, כמספר הסקסטנטים שיבוצעו בפועל.

3.20. **פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח** - מבטח אשר יאושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על ידי המבטח החל מהיום הרביעי בפיצוי יומי עד בסך של 200 ₪ ליום אשפוז החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 14 יום.

3.21. **אחות פרטית** - המבטח ישתתף בהוצאות המבטח בגין השכרת שירותי אחות פרטית/ לצורך שמירה על המבטח בעת אשפוז בבית חולים (ללא קשר לביצוע ניתוח) עד 200 ₪ ליום ועד 14 ימים בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.22. **בעיות הרטבה לילדים** - המבטח ישתתף בעלות 2 טיפולים למניעת הרטבה לילדים מגיל 5 ועד גיל 13 למהלך תקופת הביטוח עד לסך של 700 ₪ לטיפול ולאחר השתתפות עצמית של 20%.

3.23. **טיפול פיזיותרפיה וטיפול שיקום לאחר ניתוח** - המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפי ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח שלא במסגרת אשפוז.

יובהר שסעיף זה יכלול טיפולי אפוסתרפיה, כירופרקטיקה והתעמלות שיקומית לאחר ניתוח. הכיסוי יהיה עד לסכום של 200 ש"ח לכל טיפול ועד 20 טיפולים השתתפת עצמית 20%.

4. תקופת אכשרה

במקרה של כיסוי הקשור בהיריון ו/או לידה בסעיפים 3.15 ועד 3.17 כולל תהא תקופת אכשרה של 180 יום.

למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה.

פרק ז': שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעקבות גילוי מחלה קשה

1. מקרה הביטוח

גילוי אחד המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.

2. להלן פירוט המחלות הקשות המבוטחות:

2.1. אי ספיקת כליות סופנית - (end stage renal failure)

חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להימודיאליזה או לדיאליזה תוך-צפקית (פריטונאלית) או לצורך בהשתלת כליות.

2.2. אי ספיקת כבד פולמיננטית - (FULMINANT HEPATIC FAILURE)

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם 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:

1. הקטנה חדה של נפח הכבד;

2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;

3. ירידה חדה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - pt או רמות פקטורים 5 ו-7;

4. צהבת, מעמיקה.

2.3. מחלת כבד סופנית (שחמת) - (cirrhosis) (terminal liver disease) מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

1. צהבת.

2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות.

3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית.

4. אנצפלופתיה כבדית.

5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת על ידי בדיקת us דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי או היפרספליזם.

2.4. השתלת אברים - (organ transplantation) לב, ריאה, לב-ריאות, کلیה, לבלב, כבד, מוח עצמות, מעי.

קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר ובטרם ביצוע ההשתלה בפועל או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר (למען הסר ספק, השתלת מח עצם עצמית אינה מכוסה) או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר, ובתנאי שההשתלה בוצעה בתאם לחוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, וכן בתנאי שנטילת האיבר והשתלת האיבר נעשתה על פי הדין החל באותה מדינה בה בוצעה ההשתלה וכי מתקיימות הוראות החוק לענין סחר באיברים.

2.5. טרשת נפוצה - (MULTIPLE SCLEROSIS)

דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תיקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

- 2.6. **עמילואידוזיס ראשונית - (primary amyloidosis)**
מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד al ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, کلیה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימי מומחה.
- 2.7. **תרדמת (coma)**
מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
- 2.8. **ניוון שרירים (MUSCULAR DYSTROPHY)**
עדות לפגיעה משולבת בנירונ המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים.
האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 2.9. **פגיעה מוחית מתאונה - (BRAIN DAMAGE BY ACCIDENT)**
פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות (GLAZGOW COMA SCALE).
- 2.10. **דלקת מוח - (encephalitis)**
דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:
לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.
הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.
- 2.11. **דלקת חידקית של קרום המוח - (BACTERIAL MENINGITIS)**
דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיה המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:
לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.
מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.
- 2.12. **מחלת ריאות חסימתית כרונית (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)**
מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע, על ידי שני הקריטריונים הבאים:
1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.
2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

- 2.13. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני** - (primary pulmonary hypertension)
עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ כ"א או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ כ"א, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
- 2.14. **פרקינסון** (Parkinson's Disease) -
האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, נייודות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-2013.
- 2.15. **מצב רפואי חמור ובלתי הפיך** -
המבוטח הגו במצב רפואי חמור ובלתי הפיך וזאת לאחר שנתקבלה חוות דעתו של הרופא המטפל שהגו רופא מומחה, בעוד המבוטח בחיים, כי מוצו הטיפולים הרפואיים המקובלים בישראל, בארה"ב או באירופה, לטיפול להארכת תוחלת החיים במצב הרפואי של המבוטח.
- 2.16. **סכרת נעורים (לילד עד גיל 18)** - (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus)
IDDM פגיעה כרונית במטבוליזם של פחמימות, שומנים וחלבונים כתוצאה מחסר מלא באינסולין, המתפתחת ומתגלה עד גיל 18, ובתנאי שמצריך טיפול קבוע באינסולין עקב חוסר תפקוד מלא של הלב. האבחנה תתבצע על ידי מומחה לאינדוקרינולוגיה המתמחה בילדים ובתנאי שנמשכת לפחות 6 חודשים.
- 2.17. **אוטם חריף בשריר הלב** - (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION)
נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיות ע"י הקרטריונים הבאים:
- 2.17.1. בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר. או בסטייה מהערך התקין על פי אמות מידה רפואיות המקובלות להגדרת אוטם, זאת בהתייחס לערכי המעבדה הבודקת, או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.
 - 2.17.2. בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 2.17.1 לעיל, האבחנה חייבת להיות ע"י קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.
- למען הסר ספק, מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.**
- 2.18. **ניתוח מעקפי לב** (CABG)
ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.
- למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.**
- 2.19. **ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב** - open heart surgery
(FOR VALVE REPLACEMENT OR REPAIR)
ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

2.20. ניתוח אבי העורקים (aorta)

ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן או ביצוע צנתור במקרה של מפרצת באבי העורקים בגודל 5 ס"מ או יותר.

2.21. קרדיומיופטיה (cardiomyopathy)

מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

2.22. שבץ מוחי (CVA)

כל אירוע מוחי (צבררוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת ct או mri הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא T1A.

2.23. סרטן (cancer)

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של carcinoma in situ כולל דיספלזיה של צוואר הרחם C1N3, cin2, cin1 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים.

2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות);

3. מחלות עור מסוג:

3.1 Basal Cell Carcinoma-I Hyperkeratosis;

3.2 מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS;

5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-T2 No Mo- TNM Classification (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל);

6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ-10,000 B cell/ul lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;

7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;

8. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית ו/או צריבה מקומית ו/או מעבר לטיפול שטיפה מקומית;

9. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;

10. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל-T CELL LY.

2.24. אנמיה אפלסטית חמורה - (SEVERE APLASTIC ANEMIA)

כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נייטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי מוצרי דם.

2. מתן חומרים/תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם.

3. מתן חומרים/תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו- סופרסיביים).
4. השתלת מוח עצם.
- 2.25. **גידול שפיר של המוח/יותרת המוח /קרומי המוח - (BENIGN BRAIN TUMOR)**
תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת mri או ct.
הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרונולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים.
- 2.26. **שיתוק (פרפלגיה קוודריפלגיה) - (paralysis)**
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
- 2.27. **פוליו (שיתוק ילדים) - (poliomyelitis)**
שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 2.28. **איבוד גפיים (loss of limbs)**
איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.
- 2.29. **עיוורון (blindness)**
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראייה בשתי העיניים (קרי: בדיקת חדות ראייה מירבית בשתי העיניים של 60/3 או פחות מזה), כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.
- 2.30. **כוויות קשות (severe burns)**
כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 2.31. **אובדן דיבור - (LOSS OF SPEECH)**
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- 2.32. **חירשות (deafness)**
אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה. מחיקה לא מקובלת. איך נדע למדוד את אובדן השמיעה המוחלט?

3. מחויבות המבטח

שיפוי עבור הוצאות רפואיות

בקרות מקרה הביטוח - ובנוסף לתגמולי ביטוח להם זכאי עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה, ישפה המבטח את המבוטח בגין 80% מההוצאות הרפואיות אשר נגרמו לו בקשר ישיר עם מקרה הביטוח במהלך 24 החודשים ממועד קרות מקרה הביטוח, ועד לסכום כמפורט בסעיף 4 להלן, וזאת לרבות התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות מעבדה, טכנולוגיות לטיפול עקב מחלה אונקולוגית, ב יקות הדמיה, אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז, שרותי סיוע והשגחה, תרופות, תוספי מזון וויטמינים, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, אביזרים רפואיים, מושלמים וחיצוניים, התייעצויות עם מומחים וכן הוצאות נסיעה והוצאות העברה באמבולנס לצורך קבלת הטיפולים, אשר המבוטח נדרש לבצע כפועל יוצא מהמחלה או החשד לקיומה של המחלה.

4. סכום הביטוח

- 4.1. מבוטח ישופה בהתאם להוצאות בפועל ולא יותר מסך של 100,000 ₪ לכל מקרי הביטוח, בכפוף להמצאת קבלות על אחת או יותר מהוצאות רפואיות הקשורות באופן ישיר למקרה הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית ראשונית של 20%.

פרק ח': כתב שירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

1. מבוא:

המנוי יהיה זכאי לשירותים הכלולים בכתב שירות זה **אצל** נותן שירות שבהסכם בלבד, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן ובלבד שצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה כלול בפוליסה על שם המנוי והינו בתוקף על שם המנוי, במועד קבלת השירותים בפועל.

2. הגדרות:

2.1. בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדמ:

החברה"	הראל חברה לביטוח בע"מ.
"ספק השירות" או "הספק"	הגוף עמו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה, אשר פרטיו מפורטים בדף פרטי הביטוח.
"מוקד השירות" או "המוקד"	קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו ייוספו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי פוליסה זו. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: 072-2756606.
"הפוליסה"	הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה.
"מנוי"	אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב השירות והינו זכאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות.
"דמי מנוי"	הסכומים בגין כתב שירות זה שעל המנוי לשלם לחברה, על פי תנאי כתב שירות זה, כמפורט בפוליסה.
"דף פרטי הביטוח"	דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין היתר, את פרטי המנוי, דמי המנוי, המועד הקובע ופרטים נוספים הנוגעים לכתב השירות.
"המועד הקובע"	מועד כניסתו לתוקף של כתב השירות, לגבי המנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
"כתב השירות"	כתב שירות זה המקנה, על פי הוראותיו, זכאות למנוי לקבלת השירותים.
"נותן השירות"	מטפל באחד או יותר מתחומי השירותים אשר עבר הכשרה לעסוק בתחום הטיפול בו הוא משמש כמטפל.
"נותן שירות שבהסכם"	נותן שירות עמו התקשר הספק למתן השירותים למנויים ובלבד שהינו צד להסכם התקשרות עם הספק במועד פניית המנוי למוקד לצורך קבלת השירות.
"נותן שירות אחר"	נותן שירות שאינו נותן שירות שבהסכם.
"השירות" או "השירותים"	שירותי רפואה משלימה הכלולים במפורש ברשימה שבסעיף 3.1 להלן, בהתאם לתיאור המפורט בצדמ שיינתנו למנוי על פי הוראות כתב שירות זה.
"השתתפות עצמית"	סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו לשם קבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות.

"סכום השיפוי המרבי"	הסכום המרבי שישלם הספק למנוי בגין השירותים כמפורט בכתב השירות.
"רופא"	מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.
"שנה"	כהגדרתה בפוליסה.
"תקופת אכשרה"	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי ממועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי המנוי, ומסתיימת בתום 90 יום ממועד כניסת כתב השירות לתוקף לגבי המנוי שבמהלכה לא יהיה זכאי המנוי לקבלת השירותים מכוח כתב השירות (למעט שירותים הנדרשים בעקבות תאונה). תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופה שבה הוא מנוי ברצף, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לכתב השירות מחדש, בתקופות בלתי רצופות. הספק לא יספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה. לעניין זה "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 יחשבו כ"תאונה".

- 2.2. כל האמור בכתב השירות בלשון יחיד אף בלשון רבים משמעו, וכל האמור בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.
- 2.3. כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד והן לא תשמשנה לצורך פרשנות.

3. השירותים:

- 3.1. השירותים הכלולים בכתב שירות זה הינם כמפורט להלן, **ושירותים אלו בלבד:**
- 3.1.1. **אקופונקטורה (דיקור סיני)** - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 3.1.2. **שיטת טווינה** - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב עיסוי רקמות עמוק.
- 3.1.3. **רפלקסולוגיה** - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
- 3.1.4. **שיאצו** - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף.
- 3.1.5. **פלדנקרייז** - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 3.1.6. **אוסטיאופתיה** - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 3.1.7. **ביו-פידבק** - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 3.1.8. **ייעוץ דיאטטי** - התאמה אישית של תכנית תזונה למנוי.

- 3.1.9. **הומיאופתיה** - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- 3.1.10. **כירופרקטיקה** - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 3.1.11. **נטורופתיה** - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 3.1.12. **פרחי באך** - תמציות פרחים המסייעות ומונעות היווצרותה של הפרעה גופנית לפני שהיא מתבטאת במחלה.
- 3.1.13. **חדרי מלח** - טיפול בחדר מלח שהינו חדר המדמה מערת מלח, היות וכל פינותיו - הקירות, התקרה והרצפה - מצופות בשכבת מלח יבש בעובי וריכוז המשתנים ממקום אחד למשנהו, אך ריכוזו של המלח הוא תמיד גבוה מאוד ותמיד טבעי. תוך הזרמת חלקיקי מלח יבש אל תוך החדר. הטמפרטורה בחדר מלח עומדת על כ-22 מעלות והלחות עומדת על כ-41 אחוזים.
- 3.1.14. **עיסוי רפואי עקב אשפוז לאחר תאונה** - עיסוי אליו הופנה המנוי על ידי רופא שסיבתו הישירה הנה **עקב תאונה שבגינה אושפז** המנוי ושארעה למנוי במועד שכתב השירות בתוקף, ובתנאי שבוצע לא יאוחר מ-12 חודשים ממועד התאונה, שמטרתו להחזיר לגוף יכולת תפקוד תקינה, הקלה על כאבים, שחרר שרירים מכווצים (תפוסים), ושיפור טווחי התנועה במפרקים.
- 3.2. **השירותים יינתנו במרפאות נותן השירות שבהסכם בלבד**. במקרה בו לא קיים נותן שירות שבהסכם ברדיוס של עד 30 ק"מ ממקום מגוריו של המנוי יהא זכאי המנוי לקבל שיפוי חלקי כמפורט בסעיף 5.7 להלן.
- 3.3. על אף האמור לעיל, **השירותים המופעים ברשימה הסגורה שלהלן**, יכול שיינתנו בבית המנוי או במרפאת נותן השירות לפי בחירת המנוי: **אקופונקטורה (דיקור סיני)**, **שיטת טווינה, רפלקסולוגיה, שיאצו, פלדנקרייז, אוסטיאופתיה** כמפורט בסעיפים 3.1.1 - עד 3.1.6 לעיל.
- 3.4. **למען הסר ספק, השירותים לא יינתנו בבתי מלון.**
4. **תנאי מהותי להתחייבויות הספק על פי כתב השירות:**
- 4.1. **בכל עניין הקשור בקבלת שירותים על פי כתב השירות, המנוי יפנה למוקד השירות ויפעל בהתאם להוראות המפורטות בכתב השירות להלן.** הדבר לא יגרע מאפשרותו של המנוי לפנות למוקד השירות של החברה.
- 4.2. **קבלת אישור הספק מראש ובכתב לקבלת השירותים או לשיפוי בגינם, טרם ביצוע השירותים בפועל, הינה תנאי מהותי.** במקרה שלא פנה המנוי מראש לקבלת אישור הספק לביצוע השירות מסיבות מוצדקות, ונמצא כי היה זכאי לקבלת השירות על פי ההוראות המפורטות בכתב השירות, יהיה זכאי על פי הזכויות הנקובות בהוראות אלו.
5. **התחייבות הספק:**
- 5.1. **מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לקבל את השירות לאחר תקופת אכשרה בת 90 יום, באמצעות נותן שירות שבהסכם, בכפוף להוראות כתב השירות ועל פי המפורט להלן:**
- 5.2. **המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות, אם המליץ, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של הפונה בגדר מנוי הזכאי לקבל את השירות המבוקש, בהתאם לכתב השירות.**
- 5.3. **סידרת הטיפולים לה יהא זכאי המנוי, תכלול עד 12 (שניים עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת, בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או מספר בעיות רפואיות באותה שנה, ובין אם הטיפולים יינתנו ע"י נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירות**

שפורטו לעיל ובין אם בטיפול משולב של נותני שירות בתחומי שירותים שונים, ובכל מקרה לא יותר מ-12 טיפולים בשנת ביטוח אחת.

5.4. אישר מוקד השירות בכתב את זכאות המנוי לשירות המכוסה על פי הוראות כתב השירות, יהיה זכאי המנוי לבחור את קבלתו כדלקמן:

5.4.1. פגישת הייעוץ הראשונה, תתואם על ידי מוקד השירות תוך 2 ימי עסקים מקבלת פניית המנוי למוקד. סדרת הטיפולים ומועד המדויק, יתואמו במלואם ע"י המנוי, מול נותן השירות שבהסכם אצלו נערך הייעוץ הראשוני.

5.4.2. המנוי יחא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות.

5.4.3. רשימת נותני השירותים שבהסכם, תשתנה מעת לעת.

5.5. השתתפות עצמית:

המנוי ישלם בגין קבלת השירות אצל נותן השירות שבהסכם, השתתפות עצמית כמפורט להלן:

5.5.1. סך של 70 ₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם בבית המנוי בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.1 עד 3.1.6 לעיל.

5.5.2. סך של 55 ₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע במרפאת נותן השירות שבהסכם בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.1 עד 3.1.14 לעיל.

סכום ההשתתפות העצמית ישולם על ידי המנוי לנותן השירות שבהסכם או לספק, כפי שיימסר לו על-ידי מוקד השירות אך בשום אופן לא באמצעות החברה.

על המנוי לשלם את סכום ההשתתפות העצמית לצורך קבלת השירותים בפועל.

5.5.3. השירותים על-פי כתב השירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.

5.5.4. במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ-12 שעות טרם מועד הטיפול. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם.

5.6. למען הסר ספק יובהר כי בכל מקרה לא יהיה זכאי המנוי לטיפולים מעבר לתקרת הטיפולים לשנה כנקוב בסעיף 5.3 לעיל בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או מספר בעיות רפואיות באותה שנה, ובין אם הטיפולים יינתנו על ידי נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.

5.7. במקרים בהם אישר מוקד השירות קבלת שירות שלא במסגרת נותן שירות שבהסכם כאמור בסעיף 3.2 לעיל, ישפה הספק את המנוי בסך 50% מעלות הטיפול ששולמה על ידי המנוי בפועל ולא יותר מ-100 ₪ לטיפול. תשלום זה יתבצע כנגד מסירת קבלות על תשלום הטיפול אצל נותן שירות אחר שאינו בהסכם. למען הסר ספק, גם במקרה זה יהיו תקפים כל התנאים המפורטים בכתב השירות לרבות מכסת הטיפולים ורשימת השירותים.

6. אופן קבלת השירותים:

6.1. נזקק מנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיג, ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי ביגיו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש.

- 6.2. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום שעתיים לאחר שעת סיום צום יום כיפורים. הספק רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות, בתיאום ובאישור החברה, ובלבד שימסור על כך הודעה מראש בכתב למנויים.
- 6.3. **המנוי יעביר לספק, באופן שיורה לו מוקד השירות, את ההפניה בכתב מהרופא לקבלת השירות בשל מצבו הרפואי כאמור בסעיף 5.1 לעיל.**
- 6.4. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 6.5. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו, למעט כמצוין בסעיף 3.3 לעיל.
- 6.6. עם סיום כל טיפול, יחתום המנוי על ספח ביקורת המאשר את קבלת הייעוץ או הטיפול.
- 6.7. ספק השירות מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף זה לעיל.

7. חריגים:

- 7.1. **המנוי לא יהיה זכאי לשירותים ו/או לשיפוי או החזר הוצאות שהוצאו בגינם, כולם או מקצתם, בכל עניין הקשור ו/או הנובע מהמקרים הבאים:**
 - 7.1.1. בעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים. (עישון, סמים, אלכוהול)
 - 7.1.2. תחומי הרזיה, בעיות השמנת יתר, שינוי משקל, למעט במקרה בו נקבע על ידי רופא בכתב כי קבלת הטיפול בגין נושאים אלו נובעת מצורך רפואי כאמור בסעיף 3.1.8.
 - 7.1.3. השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.
 - 7.1.4. קבלת שירות אצל נותן שירות שאינו נותן שירות בהסכם למעט כאמור בסעיף 5.7 לעיל.
 - 7.1.5. פגיעה בפעילות נותן השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת נותן השירות.

8. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין שירותים הניתנים בעת השירות הצבאי

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

9. תשלום דמי המנוי:

- 9.1. דמי המנוי הינם כמפורט בפוליסה.
- 9.2. במקרה של תשלום דמי המנוי ע"י הוראת קבע לבנק לתשלום דמי המנוי או בתשלום קבוע באמצעות כרטיס אשראי, תראה החברה את זיכוי חשבונה בבנק או זיכוי חשבונו החברה בחברת האשראי, לפי העניין, כתשלום דמי המנוי.
- 9.3. אם לא ישולמו דמי המנוי במלואם, אזי:
 - 9.3.1. החברה תהיה זכאית לבטל את כתב השירות על-פי נספח זה בהתאם להוראות חוק חוזה ביטוח, תשמ"א - 1981.

9.3.2. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, לא שולמו דמי הביטוח, כולם או מקצתם במועד, יתווספו לסכום שבפיגור וכחלק בלתי נפרד הימנו הפרשי הצמדה כאמור בסעיף 13 להלן וכן ריבית כפי שתיקבע על-ידי החברה באותה עת, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעונו בפועל לחברה, ובלבד ששיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המרבי בהתאם לחוק הריבית, התשי"ז-1957.

10. תוקפו של כתב השירות

10.1. כתב השירות ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע.
10.2. לעניין תוקפו של כתב השירות יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל את כתב השירות אם יוחלט על ידיה לבטלו או שלא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות במידה שלא 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.

10.3. ביטול על ידי החברה:

10.3.1. בנוסף לאמור בתנאים הכלליים של הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה, תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
10.3.2. במועד ביטול הפוליסה מכל סיבה שהיא.
10.3.3. בתום תקופת כתב השירות על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.
10.3.4. עם הפסקת תשלום מלוא או חלק דמי המנוי לחברה במועדם בהתאם לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
10.3.5. ביטלה החברה את כתב השירות בהתאם לסעיף 10.2 לעיל יהיה זכאי מנוי אשר נמצא במהלך סדרת טיפולים או מנוי שפנה למוקד השירות טרם מועד ההודעה על הפסקת השירות אך טרם קיבל את השירות בפועל, לקבל או להשלים את קבלת השירות תוך 90 ממועד ההודעה על הפסקת השירות.
10.3.6. להסרת כל ספק יובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, למעט במקרה של ביטול כתב השירות לכלל המנויים על פי סעיף 10.2 לעיל, תסתיים זכאות של המנוי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.

11. תנאי הצמדה

כל הסכומים הנקובים בכתב השירות יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.



פרטי התקשרות

מבטח סימון מרכז שירות לקוחות -
אגף הבריאות

03-7966820 📞

03-7976821 📠

055-7000180 עם מוקד השירות WhatsApp 🗨️

📍 היצירה 2 קריית אריה, פתח תקווה

🕒 ימים א'-ה' בין השעות 8:30-16:00

📧 להצטרפות hmvs@mvs.co.il

להגשת תביעות thmvs@mvs.co.il

לתיאום פגישה pniotb@mvs.co.il

👉 אתר בריאות ייעודי לעובדי אנבידיה

ובני משפחותיהם: www.mvs.co.il/healtah

סיסמה: mellanox4u

במקרים דחופים ניתן לפנות למנהלות התיק:

מעין סול

MaayanD@mvs.co.il 📧 052-3638713 📞

טלי מלכה

TaliM@mvs.co.il 📧 052-5993457 📞

מוקד שירות לקוחות הראל

📞 1-800-44-5000

📍 אבא הלל 3, בית הראל,

ת.ד. 10951, רמת גן 5200901

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