



# ביטוח בריאות קבוצתי

## לעובדי בנק לאומי ובני משפחותיהם

### מהדורת 2021

מרץ 2021

עובדות ועובדים יקרים!

ארגון העובדים מייחס חשיבות רבה לבריאותכם ושם לו למטרה לתת לכם ולבני משפחותיכם את המענה הביטוחי המקיף והאיכותי ביותר להתמודדות עם מקרים רפואיים.

בחודשים האחרונים פעלנו להפקת פוליסת בריאות ייחודית על מנת לשמר ולשדרג את הכיסויים שהיו עד היום ובמקביל, להרחיב באופן משמעותי את הכיסויים וזאת **ללא שינוי בגובה הפרמיה הקיימת!** הפוליסה תכנס לתוקף החל מתאריך 1.3.2021 למשך 5 שנים.

נדגיש:

עובדים ובני משפחותיהם שהיו מבוטחים בפוליסה הקודמת - ימשיכו להיות מבוטחים ברצף ביטוחי מלא.

■ עובדים ובני משפחה זכאים, שלא היו מבוטחים - יוכלו להצטרף עד לתאריך 30.6.2021 ללא הצהרת בריאות, ללא חריג מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה (למעט בכיסוי לבדיקות הריון וטיפולי הפריה). לאחר מועד זה ההצטרפות תהא בכפוף לחריג ביחס למצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה.

■ התנאים המחייבים הינם בהתאם לתנאי הפוליסה המפורסמת באתר הוועד הארצי.

■ קבלת החוברת אינה מקנה כל זכות ביטוחית לעובדים שלא ביקשו להצטרף לביטוח.

לברורים ניתן לפנות:

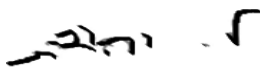
למוקד "הראל" - פקידים בטל' 1700-702-902

למוקד "הראל" - מנהלים בטל' 1700-708-222

ועד המנהלים - קרן לסרי [Keren.Lasri@BankLeumi.co.il](mailto:Keren.Lasri@BankLeumi.co.il).

ועד ארצי פקידים - שגית מלול [vaad.Arzi.Bituchim@BankLeumi.co.il](mailto:vaad.Arzi.Bituchim@BankLeumi.co.il)

אנו מאחלים לכם בריאות טובה ואריכות ימים



יהודית לסרי  
יו"ר ועד המנהלים



רון לוי  
יו"ר הוועד הארצי המשותף

# תוכן עניינים

4	גילוי נאות
22	נספח א' - פוליסת בריאות קולקטיבית לעובדי בנק לאומי ובני משפחותיהם
32	פרק א'1: השתלות
35	פרק א'2: טיפולים מיוחדים בחו"ל
37	פרק א'3: ניתוחים בחו"ל
39	פרק א'4: טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
41	פרק ב': כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
46	פרק ג'1: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה
49	פרק ג'2: ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן
53	פרק ד': ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים
61	פרק ה': חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל
62	פרק ו': רפואה משלימה
63	פרק ז': כתב שירות - מרכז פרטי לאבחון רפואי מהיר
69	פרק ח': כתב שירות - "רופא מלווה אישי"
80	פרק ט': ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה
81	פרק י': שיפוי בגין גילוי מחלה קשה
87	נספח ב' - השירותים (SLA)

## 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 בנק לאומי ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי בנק לאומי ובני משפחותיהם.	שם הביטוח
פרק א' 1 - השתלות. פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל. פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל. פרק א' 4 - טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות. פרק ג' 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל. פרק ג' 2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן - <b>פרק זה יחול במקום פרק ג' 1, אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי משלים לניתוחים.</b> פרק ד' - ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים. פרק ה' - חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל פרק ו' - רפואה משלימה. פרק ז' - כתב שירות "מרכז פרטי לאבחון רפואי מהיר". פרק ח' - כתב שירות "רופא מלווה אישי". פרק ט' - ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה. פרק י' - שיפוי בגין גילוי מחלה קשה - כיסוי זה יינתן למבוטחים שהינם עובדים <b>אצל בעל הפוליסה בלבד.</b>	סוג הביטוח
5 שנים, החל מיום 1.3.2021 ועד ליום 28.2.2026.	תקופת הביטוח

**השתלות**

כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי המפורט בתנאי הפוליסה.

**טיפולים מיוחדים בחו"ל**

כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וכן על פי המפורט בתנאי הפוליסה.

**ניתוחים פרטיים בחו"ל**

כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.

**טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל**

כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בטיפולים מחליפי ניתוח שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.

**תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות**

כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה וכן על פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.

**ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל**

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.

**ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל-משלים 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.

**ביטוח לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים**

השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, טיפולי פיזיותרפיה ועוד.

**חוות דעת שניה מחו"ל**

שיפוי בגין חוות דעת שניה שניתנה ע"י רופא או רופאים מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל.

**שירותי רפואה משלימה**

אפשרות לבצע טיפולים מתחום הרפואה המשלימה - כגון שיאצו, רפלקסולוגיה, אקופונקטורה, שיאצו, כירופרקטיקה, נטורופתיה וכד', על פי רשימת הדוגמאות המצוינת בפרק.

<b>תמצית פרטי הפוליסה</b>	
<p><b>כתב שירות - רופא מלווה אישי</b> קבלת מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול ובמהלך ההחלמה. בהשתתפות עצמית של 380 ש"ח.</p> <p>ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה</p> <p>שיפוי בגין הוצאות עבור הזרקות לעמוד השדרה שבוצעו אלקטיבית או במהלך אשפוז, למעט הזרקה אפידורלית במהלך לידה, צנתור לטיפול בהידרוצלה ו/או ווריקווצלה וניתוח להפרדת הידבקויות תוך רחמיות, תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI.</p> <p><b>שיפוי (כיסוי הוצאות) בגין גילוי מחלה קשה</b> שיפוי בגין הוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה קשה או אירוע חמור המפורטים בפוליסה - <b>חל על העובדים בלבד.</b></p>	<p>תיאור הביטוח</p>
<p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:</p> <p>פרק א'1 - השתלות, פרק א'2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל, פרק א'3 - ניתוחים בחו"ל - סעיף 3.11 בפרק א'3.</p> <p>פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סעיף 3.</p> <p>פרק ג'1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - סעיף 5.</p> <p>פרק ג'2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן - סעיף 5.</p> <p>פרק ז': כתב שירות "אבחון מהיר" - סעיף 3.</p> <p>פרק ח': כתב שירות "רופא מלווה אישי" - סעיף 2.1.2, 2.7.2, 2.12.2, 2.13.2, 2.14.2, 2.15.2, 2.22.2, 2.23.2, 2.25.</p> <p>באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>
<p><b>פרק א'1: השתלות</b>, סעיף 1.4 פיצוי בגין גילוי הצורך בהשתלה ובטרם ביצוע ההשתלה בכפוף לאישור מהמרכז הלאומי להשתלות, פיצוי בגובה 281,117 ש"ח (למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית).</p> <p>פרק א'2 טיפולים מיוחדים בחו"ל - סעיף 2.3.5 פיצוי חד פעמי בגובה 10,040 ש"ח בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p><b>פרק א'3 ניתוחים בחו"ל</b>, סעיף 3.10 פיצוי בגובה 200,798 ש"ח בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח.</p> <p><b>פרק ד': ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים</b>, סעיף 1.12 פיצוי חד פעמי בגובה 180,718 ש"ח בגין הידבקות במחלת ה-AIDS.</p> <p>סעיף 1.13 פיצוי חד פעמי בגובה 71,287 ש"ח בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B.</p> <p>סעיף 1.15 פיצוי חד פעמי בגובה 90,359 ש"ח בגין מוות תוך 7 ימים מביצוע הניתוח.</p>	<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>

<b>תמצית פרטי הפוליסה</b>	
<p><b>פרק ד': ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ושירותים אמבולטוריים</b>, בגין טיפולי ושירותי הפריה ובדיקות ושירותים לנשים בהריון, תהיה תקופת אכשרה של 6 חודשים. למען הסר ספק, לא חל על כל המבוטחים הקיימים לפי סעיף 1.36 בפרק.</p> <p><b>פרק ז': כתב שירות "אבחון מהיר"</b>, תקופת אכשרה של 60 ימים.</p> <p><b>פרק ח' כתב שירות - "רופא מלווה אישי"</b>, תקופת אכשרה של 90 ימים.</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)<sup>1</sup></p>
<p><b>פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</b> - השתתפות של 151 ₪ לחודש ועד 2 מרשמים שונים לחודש. עבור כל מרשם נוסף שעלותו מעל 151 ₪ לא תחול השתתפות עצמית. בגין תרופות למחלת הסרטן לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.</p> <p><b>פרק ד': ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים</b> - השתתפות עצמית של 10% עבור הדפסת איברים ועד התקרות הנקובות בפרק.</p> <p>השתתפות עצמית של 20% עבור טיפולי ושירותי הפריה, מימון לשירותי פונדקאות, אבחון בעיות התפתחות בילדים/ליקוי למידה, טיפול בבעיות התפתחות, טיפולים פיזיותרפיים/ הידרותרפיים/ ריפוי בעיסוק/ טיפול שיקומי אחר, אחות פרטית, אביזרים רפואיים, שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי, טיפולים בכאב לרבות הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא ועד התקרות הנקובות בפרק.</p> <p>השתתפות של 25% עבור התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות אבחנתיות, בדיקות גנטיות מניעיות לצורך אבחון, בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי ועד התקרות הנקובות לכל סעיף בפרק.</p> <p>השתתפות עצמית של 60% עבור שימוש ברובוט לצורך רפואי.</p> <p><b>פרק ה': בדיקות המבוצעות בחו"ל במסגרת הכיסוי לחוות דעת נוספת מחו"ל</b>, השתתפות עצמית של 20% ועד התקרה הנקובה בפרק.</p> <p><b>פרק ו': רפואה משלימה</b>, השתתפות עצמית של 20% ועד תקרת ההחזר הנקובה בפרק.</p> <p><b>פרק ז': כתב שירות "אבחון מהיר"</b>, השתתפות עצמית של 180 ₪.</p> <p><b>פרק ח' כתב שירות "רופא מלווה אישי"</b>, השתתפות עצמית של 380 ₪ עבור כל מקרה רפואי לניהול.</p> <p><b>פרק י' שיפוי בגין גילוי מחלה קשה:</b> השתתפות עצמית של 20% ועד תקרת הוצאות של 10,040 ₪.</p>	<p>השתתפות עצמית</p>

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

<b>תמצית פרטי הפוליסה</b>	
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
<p>פרקים א'-ח' (לפי פרק ג' 1, כמו כן פרק ח' יינתן למבוטחים שהינם עובדים אצל בעל הפוליסה בלבד) לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה, קרי השירותים (SLA):</p> <p>א. עובד/ת - 163.65 ₪. במימון המעביד (למעט גילום שווי המס במימון העובד).</p> <p>ב. בן/ת זוג - 148.59 ₪. ניכוי משכרו של העובד.</p> <p>ג. ילד עד גיל 25 - 15.06 ₪. ניכוי משכרו של העובד.</p> <p>ד. ילד מעל גיל 25 - 148.59 ₪. אמצעי גבייה אישי או ניכוי משכרו של העובד.</p> <p>ה. גמלאי/ת עד גיל 60 - 335.77 ₪ אמצעי גבייה אישי.</p> <p>ו. גמלאי/ת מעל גיל 60 - 410.66 ₪ אמצעי גבייה אישי.</p>	עלות הביטוח
<p>פרקים א'-ח' (לפי פרק ג' 2, כמו כן פרק ח' יינתן למבוטחים שהינם עובדים אצל בעל הפוליסה בלבד) לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה, קרי השירותים (SLA):</p> <p>א. עובד/ת - 161.65 ₪. במימון המעביד (למעט גילום שווי המס במימון העובד).</p> <p>ב. בן/ת זוג - 146.59 ₪. ניכוי משכרו של העובד.</p> <p>ג. ילד עד גיל 25 - 14.06 ₪. ניכוי משכרו של העובד.</p> <p>ד. ילד מעל גיל 25 - 146.59 ₪. אמצעי גבייה אישי או ניכוי משכרו של העובד.</p> <p>ה. גמלאי/ת עד גיל 60 - 333.77 ₪. אמצעי גבייה אישי.</p> <p>ו. גמלאי מעל גיל 60 - 408.66 ₪. אמצעי גבייה אישי.</p> <p>(עפ"י מדד שפורסם ביום 16.2.2021)</p>	
לאחר 3 שנים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח



תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
פרק א' 1 - השתלות			
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 משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 1.2 ו-1.4 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	מסלול 1 - השתלה לפי סעיף 1.2 שיפוי הוצאות. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 90 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד, על פי המפורט בכיסוי. מסלול 2 - סעיף 1.4 - פיצוי חד פעמי להשתלה למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית.	סעיף 1.2 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. אצל נותן שירות שלא בהסכם - עד 5,020,000 ₪ עבור סעיפים 1.3.1-1.3.4 בפרק וסכום נוסף של 1,255,000 ₪ עבור סעיפים 1.3.5-1.3.13. סעיף 1.4 - פיצוי חד פעמי בסך 281,117 ₪ בכפוף לאישור המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בהשתלה ובטרם ביצוע ההשתלה.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 1.3.14 לאחר ביצוע השתלה למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית.	סעיף 1.3.14.1 - סכום חודשי בסך 6,024 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים גם עבור השתלה בארץ.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 2.1 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 2.2 - עד לסך של 883,512 ₪. כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי סעיף 2.3 יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור לטיפול המיוחד, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 15% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.	<b>* למען הסר ספק, סכומי הביטוח ישולמו בנוסף לסכום הביטוח שהוגדר לעיל בסעיף 2.2.</b>
הוצאות שהייה	2.5.4 בפרק-הוצאות שהייה במקרה של טיפול ניסיוני בחו"ל. המבטח ישתתף במימון הוצאות הנסיעה, השהייה והבדיקות הרפואיות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 1,000 ₪ ליום. במקרה של קטין - יינתן הכיסוי לשני מלווים יינתן הכיסוי לשני מלווים ועד 1,500 ₪ ליום.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	<u>סעיף 3.2</u> בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל על פי המפורט בכיסוי.	במקרה של ביצוע ניתוח שתואם מראש עם החברה - תקרת שיפוי מלאה. במקרה של ביצוע ניתוח בחו"ל שלא תואם אם החברה - תקרת שיפוי עד 200% מעלות הניתוח בארץ.
הוצאות שהייה	<u>סעיף 3.4</u> בפרק - הוצאות שהייה, הכרוכות בניתוח בחו"ל.	סכום חד פעמי עד תקרה של 60,239 ש"ח עבור המבוטח והמלווים. במקרה של ילד עד תקרה של 100,400 ש"ח.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	<u>סעיף 3.6</u> 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.	

פרק א' 4 - טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 1 בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל.	סעיף 4.1 (א) - טיפול מחליף ניתוח אצל נותן שירות בהסכם כאשר תיאום הטיפול המחליף בוצע בתיאום עם החברה המבטחת - כיסוי מלא.  סעיף 4.1 (ב) - טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסכם, עד תקרת של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל, או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא הטיפול להחליף אם היה מבוצע בישראל, הגבוה ביניהם.
הוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע מחליף ניתוח	סעיף 4.2 לפרק - הוצאות רפואיות נדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח.	סעיף 4.2 (א) - אצל נותן שירות בהסכם כאשר תיאום הטיפול המחליף בוצע בתיאום עם החברה המבטחת - כיסוי מלא.  סעיף 4.2 (ב) - אצל נותן שירות שאינו בהסכם, עד תקרת של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל, או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא הטיפול להחליף אם היה מבוצע בישראל, הגבוה ביניהם.
התייעצות עם רופא מומחה	סעיף 5.1 לפרק - החזר עבור הוצאות התייעצות עם רופא מומחה.	כיסוי עד 1,200 ₪ להתייעצות אחת.
הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל	סעיף 5.2 לפרק - החזר עבור הבאת מומחה רפואי לישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.	כיסוי עד 150,000 ₪.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

**פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית**

ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>סעיף 2.5.3 - השתתפות של 151 ₪ לחודש ועד 2 מרשמים שונים לחודש. עבור כל מרשם נוסף אחר לא תחול השתתפות עצמית.</p> <p>סעיף 2.5.2 - תרופות למחלת הסרטן ללא השתתפות עצמית.</p>	<p><b>סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ₪.</b></p> <p><b>לתרופות שאינן בסל הבריאות ואינן מכוסות בסעיפים א' - ג' בפרק - עד 1,000,000 ₪.</b></p> <p><b>טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND - עד תקרה של 1,000,000 ₪.</b></p> <p>הסכום יתחדש אחת לשנתיים. לאחר שנתיים יחודש לשנתיים נוספות וכך כל שנתיים, עד תקופת ההסכם כמפורט בסעיף 2.6 לפרק זה.</p> <p><b>קנאביס רפואי למחלת הסרטן - עד 1,000 ₪ לחודש ועד 20,000 ₪ לכל שנתיים לכל מקרה ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 150 ₪ לחודש.</b></p> <p><b>טיפול בטכנולוגיית CAR T - עד 300,000 ₪.</b></p>	<p>סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות ואושרו יל ידי אחת הרשויות המוסמכות כמפורט בפוליסה, או תרופות הכלולות בסל התוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המזכורות, או תרופות לפי סעיף 29ג, או תרופות OFF LABAL או כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות ואינן מכוסות על פי סעיפים א' - ג' בפרק, או תרופות יתום, או תכשיר מזון רפואי ו/או וויטמינים ו/או מינרלים, או תרופות בהתאמה אישית, או טיפול תרופתי לטיפול IND, או קנאביס רפואי למחלת הסרטן, או טיפול בטכנולוגיית CAR T, כהגדרתן פרק זה.</p>	<p>תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות ותרופות בהתאמה אישית</p> <p>הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה</p>
<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>	<p>עד לסך של 4,518 ₪ לכל סדרת טיפולים.</p>	<p>סעיף 2.4 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה או תשלום ישירות לנותני השירות.</p>	<p>הערות</p>

פרק ג' 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

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 עמו הסדר התייעצות.	סעיף 3.1 וסעיף 4.1 - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,807 ₪ 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 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	סעיף 4.3.1 - טיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות בהסכם - כיסוי מלא. סעיף 4.3.2 - טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסכם, עד תקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	<p>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.</p> <p>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.</p>	

פרק ג'2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן	
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות.
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
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח
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.
מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	סעיף 3.1 וסעיף 4.4 - כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,807 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.	סעיף 4.3.1 - טיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות בהסכם - כיסוי מלא. סעיף 4.3.2 - טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסכם, עד תקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.

פרק ד' - ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) <sup>2</sup>	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה	סעיף 1.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה.	כיסוי עד 1,205 ₪ להתייעצות ועד 2 סה"כ התייעצויות בשנת ביטוח למבטח.	אין.	25% מההוצאה בפועל

<sup>2</sup> תקופת 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) <sup>2</sup>	השתתפות עצמית
בדיקות אבחנתיות	סעיף 1.2 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה ועוד.	כיסוי עד 6,024 ₪ לכל בדיקה. סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח עד 15,000 ₪.	אין.	25% מההוצאה בפועל
בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון	סעיף 1.3 לפרק - החזר בגין אבחון גנטי לגילוי נשאות גנים סרטניים ו/או גנים של מחלה אחרת.	כיסוי עד 3,514 ₪ לכל תקופת הביטוח.	אין	25% מההוצאה בפועל
טיפולים/ ייעוצים אונקולוגיים	סעיף 1.4 לפרק - החזר בגין ייעוצים אונקולוגיים ו/או טיפולים אונקולוגיים, בין היתר טיפולי רדיותרפיה, כימותרפיה ועוד.	כיסוי עד 100,000 ₪ לכל שנת ביטוח.	אין	אין.
בדיקות ושירותים לנשים בהריון	סעיף 1.6 לפרק - החזר בגין בדיקות ושירותים לנשים בהריון, כגון סקירה מוקדמת ו/או סקירה מאוחרת, בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או ססי שליה, בדיקת חלבון עוברי, מוניטור ביתי לניטור היריון בסיכון גבוה, בדיקת צ'יפ גנטי, בדיקת NIPT (ו/או כל בדיקת דם אחרת אשר תתווסף/ תחליף את בדיקת מי השפיר), בדיקת PGD ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההיריון.	כיסוי עד 4,000 ₪ עבור כל בדיקות ההיריון יחד. במקרה של תאומים או יותר, עד תקרה של 8,000 ₪ לכל הריון. עבור בדיקת מי שפיר וצ'יפ גנטי - עד 3,000 ₪.	6 חודשים למבוטחות חדשות בלבד	אין.

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



שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
ביצוע בדיקה גנטית לאבחון גנטי טרום לידתי	סעיף 1.7 לפרק - החזר בגין אבחון גנטי טרום לידתי והתייעצות עם גנטיקאי בין היתר לצורך קבלת הסברים. רשימת הבדיקות מפורסמת בפרק.	כיסוי עד 2,108 ₪ לכל הריון.	אין.	25% מההוצאה בפועל
אבחון בעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה	סעיף 1.19 לפרק - החזר בגין אבחון בעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה על ידי רופא מומחה בתחום ו/או ע"י פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי ו/או מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA, BRC, MOXO ומבחנים / מבדקים.	כיסוי עד 2,000 ₪ לתקופת ביטוח ועד 3 פגישות.	אין.	20% מההוצאה בפועל
טיפול בבעיות התפתחות בילדים	סעיף 1.20 לפרק - החזר בגין טיפול בבעיות התפתחות בילד אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה להתפתחות ילד מטעם המבוטח, אצל ילד מבוטח. במידה ורופא מומחה להתפתחות הילד אינו רלוונטי למקרה, ניתן להביא הפניה מנוירולוג מטעם המבוטח או פסיכיאטר מטעם המבוטח, לפי העניין, המחייבות טיפול ע"י אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג.	כיסוי עד 120 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים בשנת ביטוח.	אין.	20% מההוצאה בפועל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
אביזרים רפואיים	סעיף 1.23 לפרק - החזר בגין אביזר רפואי כמפורט בפרק, בכפוף להפניה מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר.	כיסוי עד 10,000 ש"ח לכל שנת ביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים.	אין.	20% מההוצאה בפועל
שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירועי מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia	סעיף 1.24 לפרק - החזר בגין טיפולי שיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) ו/או בעקבות ניתוח ו/או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה	כיסוי עד 150 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים למקרה ביטוח.	אין.	20% מההוצאה בפועל
טיפול בתא לחץ	סעיף 1.26 לפרק - החזר בגין טיפול בתא לחץ ובכפוף להפניה כתובה של רופא מטעם המבוטח.	כיסוי עד 20,000 ש"ח לשנת ביטוח.	אין.	אין.
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.			

בפרק האמבולטורי קיימים כיסויים נוספים על פי המפורט בפרק.

פרק ה' - חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל	החזר בגין קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות	בדיקות המבוצעות בחו"ל: כיסוי עד 20,000 ₪ עבור עלות הבדיקה, שליחתה לחו"ל, פענוח וכו'. חוות דעת נוספת מחו"ל: כיסוי עד 7,229 ₪ עבור חוות דעת שנייה שניתנה על ידי רופא / רופאים מחו"ל.	אין.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ו' - רפואה משלימה		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
טיפול רפואה משלימה	דוגמאות לשיטות טיפול: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקריוז, ביו פידבק, נטורופתיה, שיטת פאולה, שיטת אלכסנדר, טווינא, רפואה סינית, ייעוץ דיאטטי, היפנוזה, דמיון מודרך לחולי סרטן, שיטת שניידר, חדר מלח.	אצל נותן שירות בהסכם - עד 80 ₪ ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח, בהשתתפות עצמית של 20%. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 151 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים בשנת ביטוח. בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

פרק ט' - פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הזרקות לעמוד שדרה	סעיף 1 לפרק - החזר בגין הזרקות לעמוד שדרה שבוצעו אלקטיבית במהלך אשפוז (למעט הזרקה אפידורלית במהלך לידה).	כיסוי עד 10,040 ₪ לכל שנת ביטוח.	אין.	אין.
צנתור לטיפול בהידרוצלה ו/או וירקוצלה	סעיף 2 לפרק - צנתור לטיפול בהידרוצלה ו/או ווריקוצלה וניתוח להפרדת הידבקויות תוך רחמיות	כיסוי מלא.	אין.	אין.
תכנון ניתוח וירטואלי	סעיף 3 לפרק - תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI.	כיסוי מלא.	אין.	אין.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

פרק י' - שיפוי (כיסוי הוצאות) בגין מחלות קשות - לעובדים בלבד		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה)
מחלות קשות	סעיף 3 אי ספיקת כליות סופנית, אי ספיקת כבד פולמינגנית, מחלת כבד סופנית (שחמת), השתלת אברים, טרשת נפוצה, עמילואידוזיס ראשונית, תרדמת, ניוון שרירים, פגיעה מוחית מתאונה, דלקת מוח, דלקת חיידקית של קרום המוח, מחלת ריאות חסימתית כרונית, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, פרקינסון, מצב רפואי חמור ובלתי הפיך, סכרת נעורים, 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/וותרת המוח /קרומי המוח, שיתוק (פרפלגיה קוודריפלגיה), פוליו (שיתוק ילדים), איבוד גפיים, עיוורון, כוויות קשות, אובדן דיבור, חירשות.	תרדמת- 96 שעות; ניוון שרירים מסוג ALS 3 - חודשים; שבץ מוחי - 6 שבועות; אובדן דיבור- 6 חודשים.
תגמולי הביטוח	החזר עד 10,040 ₪ לכל ההוצאות הרפואיות אותן שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ב-16.2.2021.

### מידע נוסף:

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

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

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

# נספח א' - פוליסת בריאות קולקטיבית

## לעובדי בנק לאומי ובני משפחותיהם

תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה + נספחיה

### 1. מבוא:

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן תבטח החברה המבטחת בפוליסה קולקטיבית את המבוטח, תפצה ו/או תשפה ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, בגבולות אחריות החברה המבטחת ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה המבטחת לא יעלה על סכום הביטוח, הכול בכפוף וכאמור בפוליסה זו.

### 2. הגדרות:

2.1. בהסכם זה יהיו, למונחים שלהלן הפירוש שלצידם:

1. "החברה המבטחת" - הראל חברה לביטוח בע"מ.

2. "בעל הפוליסה" - ארגון עובדי בנק לאומי - הוועד הארצי בשם בנק לאומי.

### 3. המבוטחים הינם:

(א) "מבוטח קיים"

מי שבמועד הצטרפותו לביטוח המקורי או לביטוח זה, הינו עובד/ת בנק לאומי לישראל ו/או בן או בת זוג (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים מאומצים שגילם עד 25 בתאריך תחילת הביטוח (במידה ועברו את גיל 25 או נישאו קודם, ימשיכו להיות מבוטחים, אך בתעריף ילד בוגר).

(ב) "מבוטח חדש"

מי שלא היה במועד ההצטרפות לביטוח עובד/ת ו/או מבוטח/ת בבנק לאומי לישראל והנו עובד/ת קיים/ת ו/או עובד/ת חדש/ה ו/או בן/ת זוג קיים ו/או בן/ת זוג חדש (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ואשר יגישו בקשה לכללם כמבוטחים, ו/או ילדיהם, לרבות ילדים מאומצים, שגילם עד 25 בתאריך תחילת (במידה ועברו את גיל 25 או נישאו קודם, ימשיכו להיות מבוטחים, אך בתעריף ילד בוגר).

(ג) "פוליסה קודמת" / "ביטוח מקורי"

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 1.9.2013 וחודשה ביום 1.12.2017 ואשר קדמה לה פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי על כל רבדיה נספחיה ותוספותיה שתחילתה ביום 1.3.2006, אשר התנהלו בהראל חברה לביטוח, וכן ביטוח הבריאות שקדם לכך אשר התנהל במגדל חברה לביטוח בע"מ.

(ד) למען הסר ספק, יצוין כי כל המבוטחים שבטוחו במסגרת פוליסת הבריאות של עובדי בנק לאומי ובני משפחותיהם כהגדרתם בסעיפים 3 (א') ו-3 (ג') לעיל, לרבות מבוטחים חדשים כהגדרתם בסעיף 3 (ב') לעיל, אשר יצורפו לביטוח, יצורפו לביטוח ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

(ה) עובדים הזכאים להצטרף לביטוח

עובדי בנק קבועים, עובדים בניסיון לאחר שנת עבודה ועובדי הבנק.

(ו) "גיל הפרישה המוקדמת"

כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה, התשס"ד - 2004

מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמות לו אחת מאלה:

1) קצבה משולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו.

2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.

4. "המועד הקובע" - 01.03.2021

5. "פרמיה" - דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה / המבוטח לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.

6. "המדד" - מדד המחירים לצרכן - המדד הכללי המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחקר כלכלי או כל מדד שיחליף את מדד זה שיפורסם במקומו.

7. "המדד היסודי" - מדד שיפורסם ביום תחילת הפוליסה במועד 16.2.2021.

8. כל הסכומים, סכומי הביטוח, סכומי ההשתתפות העצמית והפרמיות בפוליסה ובהסכם צמודים למדד זה.

9. "מנתח / מרדים שבהסכם" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל הנמצא בהסכם עם החברה המבטחת במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח.

10. "בית חולים שבהסכם" - מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים, לרבות מסלולי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים (שר"פ/שר"ן) ואשר לחברה המבטחת הסכם התקשרות עימו לצורך מתן שירותים ו/או ביצוע ניתוחים למבוטחים.

11. "סכום ביטוח" - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח.

12. "חוק הבריאות" - חוק בריאות ממלכתית תשנ"ד - 1994.

13. "קופת חולים" - כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

"שירותי בריאות נוספים" (שב"נ) - תוכנית 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. וכאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובצו לפי סעיף 8 (ז) לחוק האמור.

14. "ישראל" - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.

15. "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינת אויב.

16. "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.

17. "בית חולים פרטי" - בית חולים כמוגדר לעיל המורשה ע"י משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.

18. "השתתפות עצמית" - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פוליסה זו, תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.

19. "אח/ות פרטי" - אח/ות פרטי/ת בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות.

20. "אשפוז" - שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, לרבות תרופות ובדיקות הקשורות לניתוח / טיפול רפואי שבוצע.

21. "יום אשפוז" - יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח או לינת לילה בבית חולים ציבורי או פרטי. למען הסר ספק, אשפוז יום ייחשב כיום אשפוז לצורך הזכאות בפוליסה.

22. "שנת ביטוח" - תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.

23. "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה. או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנוכללה בפוליסה.

23.1. יובהר כי ההסכמים והפוליסות חלים באופן שוויוני גם על בני זוג מאותו מין.

24. כל חוזרי המפקח חלים על הסכם ופוליסה זו - אך הינם תנאי מינימום - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים. קרי, החברה מתחייבת כי ההגדרות בפוליסה זו, נוסחו בפרקים הרלוונטיים באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזרי הביטוח שפורטו להלן. כמו כן לא ייעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה.

25. "כפל ביטוח":

(א) המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא הסכום, עד לגובה תקרת תגמולי הביטוח הקבועה בפוליסה הקבוצתית אף אם היה זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

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

26. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ביחס להיקף הכיסויים בין הוראות ההסכם והפוליסה הקודמים לבין הוראות ההסכם ופוליסה אלו, יפעלו הסתירות ו/או אי בהירות ו/או דו המשמעות לטובת המבוטח/ים שהצטרף/ו הן ברצף ביטוחי והן כמבוטחים חדשים ו/או בעל הפוליסה, תוך הישענות על עיקרון כי ההסכם והפוליסה באו להוסיף על תנאי ההסכם והפוליסה הקודמים, על כל נספחיהם, ולהטיב את תנאי המבוטחים הכלולים בו ו/או שהצטרפו אליו וכן בעל הפוליסה. "להיטיב" לפי דעתו של בעל הפוליסה.

27. החברה המבטחת מתחייבת ליידע ולעדכן את בעל הפוליסה ולהתאים את ההסכם והפוליסה לכל הנחיה כללית או ספציפית רלוונטית שפורסמה ותפורסם בעתיד על ידי המפקח על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר בנוגע לביטוחי בריאות קולקטיביים, ולעולם יגברו ההגדות המטיבות עם המבוטחים.

28. למבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית ו/או פוליסה קבוצתית, בטרם או במהלך הביטוח הקודם או ביטוח זה, יישמר רצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא



תקופות אכשרה ו/או תקופות המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

29. נספח ב' להסכם ולפוליסה, השרות SLA מהווה חלק מהותי ותנאי מתלה לקיום הפוליסה וההסכם.

30. **התיישנות תביעות:** תקופת התיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא על פי כל דין בתוספת של שנתיים.

31. למען הסר ספק, תביעה שאושרה בתקופת הביטוח ו/או משולמת לשיעורין (כדוגמת, אך לא רק, תביעת תרופות, גמלת החלמה) תמשיך להיות משולמת בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי, ללא קשר ובנוסף למוגדר כמקרה ביטוח בפרק הרלוונטי.

32. בנוגע לתביעות של מבטחים קיימים, שמועד מקרה הביטוח אירע בתקופה בה הביטוח הקודם היה בתוקף ו/או הזכאות ו/או הזכות לקבלת תגמולי ביטוח נוצרו במועד בו הביטוח הרפואי הקודם היה בתוקף ו/או אירוע שהמבטח הקודם חב בו, ארע בטרם כניסת פוליסה זו לתוקף או הוגשה למבטח הקודם תביעה ו/או דרישה על ידי המבטח שולמה ע"י המבטח הקודם והתקרה מוצתה עד תום (לרבות אך לא רק בפרק התרופות), יטופלו, יאושרו וישולמו ע"י החברה המבטחת על פי פוליסה זו, ולא תישמע שום טענה מהחברה המבטחת ביחס לנושאים אלו. סעיף זה הנו מעיקרי ההסכם. מוסכם כי סעיף זה הנו תנאי יסודי בהסכם והפרתו תיחשב הפרה יסודית.

33. על פי סעיף 12(ב) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009 בנושא צירוף מבטח -

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

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 10(ג) לחוק עובדים זרים;

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

לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד.

אם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

(ב) סעיף משנה (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

(2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה ובכפוף לסעיף 3 ד' בפרק ההגדרות לעיל.

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

ניתוחים;

תרופות;

השתלות;

מחלות קשות;

שיניים;

תאונות אישיות.

ג) פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

34. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי זו, לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלו.

35. מבטח לא יתקשר בחוזה עם בעל פוליסה אלא אם כן נקבע באותו חוזה כי בעל הפוליסה ימסור למבטח, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות כי לענין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה;

### 36. מתן מסמכים למבוטח:

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

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

כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

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

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

ד) 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 לענין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

### 37. המשכיות:

(א) בתום ההסכם ובכל במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא, ו/או במקרה של פטירה ו/או במקרה של עובד שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין או בשל פרידה מידוע/ה בציבור, יהיו זכאים המבוטחים לבחור באחת מתוך החלופות הבאות:

להמשיך להיות מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית בחברה המבטחת, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר, אלא אם כן המבוטח ביקש כי תנאי פוליסת ההמשך, כאמור, יהיו נוחים יותר.

(ב) התעריפים הינם התעריפים שיהיו קיימים אצל החברה המבטחת באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה עפ"י סעיף א' לעיל, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 15% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה למשך חמש שנים ו-10% החל מהשנה השישית ואילך, לכל החיים.

(ג) בעת סיום עבודתם, יוכלו הגמלאים להמשיך להיות מבוטחים על פי פוליסה זו ובתעריפים כדלקמן וכל עוד ההסכם בתוקף כולל תקופות הארכה ככל שיהיו כאלו ובהתאם לעדכונים מסחריים ככל שיהיו בתנאי הגמלאים בעת חידושי ההסכם):

גמלאים עד גיל 60 - 335.77 ₪ לחודש.

גמלאים מעל גיל 60 - 410.66 ₪ לחודש.

פוליסות אלו יהיו קולקטיב אישי וישולמו ע"י המבוטחים באמצעות אמצעי גבייה אישי, והן כפופות להסכם עם בנק לאומי ולא פוליסות פרט וכל עוד ההסכם יימשך הם ימשיכו להתקיים. תוצאותיהם המסחריות של פוליסות אלו יהיו חלק מהעסקה. עם ביטול ההסכם לכלל המבוטחים, יועברו מבוטחים אלו לפרט, עפ"י תנאי סעיף ב' לעיל.

לחילופין, יוכלו הגמלאים לעבור לפוליסות פרט בהנחות הקבועות בהסכם.

(ד) החברה המבטחת תפנה בכתב לכל מבוטח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 120 ימים. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. כמו כן, למבוטח שיפנה למבטח תוך 120 יום ממועד הפסקת הביטוח, תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

(ה) פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי זו, לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלו.

### 38. דמי הביטוח:

38.1. דמי הביטוח (הפרמיות):

החל ממועד כניסת הפוליסה לתוקף, ישולמו דמי הביטוח, בשיעורים הקבועים בפוליסה, במרוכז ע"י בעל הפוליסה. דמי הביטוח הינם:

38.1.1. דמי ביטוח בגין פוליסה הכוללת את פרקים א'-ח' (לפי פרק ג' 1, כמו כן פרק ח' יינתן למבוטחים שהינם עובדים אצל בעל הפוליסה בלבד) לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה, קרי השירותים (SLA):

א. עובד/ת - 163.65 ₪. במימון המעביד (למעט גילום שווי המס במימון העובד).

ב. בן/ת זוג - 148.59 ₪.

ג. ילד עד גיל 25 - 15.06 ₪.

ד. ילד מעל גיל 25 - 148.59 ₪.

ה. גמלאי/ת עד גיל 60 - 335.77 ₪

ו. גמלאי/ת מעל גיל 60 - 410.66 ₪

38.1.2. דמי ביטוח בגין פוליסה הכוללת את פרקים א'-ח' (לפי פרק ג' 2, כמו כן פרק ח' יינתן למבוטחים שהינם עובדים אצל בעל הפוליסה בלבד) לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה, קרי השירותים (SLA):

א. עובד/ת - 161.65 ₪. במימון המעביד (למעט גילום שווי המס במימון העובד).

ב. בן/ת זוג - 146.59 ₪.

ג. ילד עד גיל 25 - 14.06 ₪.

ד. ילד מעל גיל 25 - 146.59 ₪.

ה. גמלאי/ת עד גיל 60 - 333.77 ₪

ו. גמלאי מעל גיל 60 - 408.66 ₪

38.1.3. התשלום של בני משפחה של מבוטח מתבצע אף הוא באמצעות בעל הפוליסה, קרי בני משפחה שמילאו טופס הצטרפות והורו כי הגביה תתבצע באמצעות תלוש השכר, יהיו מבוטחים בפועל ללא קשר למועד בו תועבר הפרמיה בגינם, בכפוף למילוי טופס הצטרפות מועד תחילת הביטוח יהא מהחודש בו מולא הטופס ולמעט במקרה של הולדת תינוק בו מועד תחילת הביטוח יהא מיום הלידה ובתנאי כי יועבר טופס הצטרפות בתוך 12 חודשים).

38.1.4. מוסכם בזה כי שיעורי הפרמיות יישארו בתוקף וללא כל שינוי למשך כל תקופת ההסכם, בכפוף לאמור בהסכם ובאמור בסעיף התאמת הפרמיה להלן, למעט ההצמדה למדד.

38.1.5. הפרמיות הנ"ל צמודות למדד הידוע ביום תחילת הפוליסה.

38.2. **התאמת פרמיה:** בתום שלוש שנים, אפשרות להתאמת פרמיה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטח ועל פי תנאי ההסכם.

### 38.3. קביעת דמי הביטוח

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% 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, לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-

(1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

(2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה;

(3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

(4) במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

(5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח;

(6) על אף האמור לעיל, המפקח רשאי לאשר למבטח מסוים כי לגבי תוכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטחו לפי סעיף זה, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

### 39. מתן הודעות למבוטח

- א. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה – מועד תחילת השינוי), ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי
- ב. לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבוטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- ג. חודשה הפוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטוח את הקבוצה ערב החידוש – ימסור המבוטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- ד. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעת בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- ה. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) תשס"ט – 2009 ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.
- ו. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבוטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

### 40. ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסוים

- (א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל, והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
- (ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה, ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

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

#### 4.1. תנאי הצטרפות:

41.1. לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' (לפי פרק ג' 1, כמו כן פרק ו' יינתן למבוטחים שהינם עובדים אצל בעל הפוליסה בלבד) לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) יצורפו כל המבוטחים הקיימים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 א', ג' ו-ד', ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים נוספים לאלו המופיעים בפוליסה וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. וזאת בכפוף למילוי טופס הצטרפות מועד תחילת הביטוח יהא מהחודש בו מולא הטופס ולמעט במקרה של הולדת תינוק בו מועד תחילת הביטוח יהא מיום הלידה ובתנאי כי יועבר טופס הצטרפות בתוך 12 חודשים).

41.2. לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' (לפי פרק ג' 1, כמו כן פרק ח' יינתן למבוטחים שהינם עובדים אצל בעל הפוליסה בלבד) לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף כל העובדים, בני/ות זוג וילדיהם שטרם הצטרפו לביטוח, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 ב', במהלך 120 הימים הראשונים מיום 01.03.2021 ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים נוספים לאלו המופיעים בפוליסה וללא סייג רפואי קודם כלשהו. וזאת בכפוף למילוי טופס הצטרפות מועד תחילת הביטוח יהא מהחודש בו מולא הטופס ולמעט במקרה של הולדת תינוק בו מועד תחילת הביטוח יהא מיום הלידה ובתנאי כי יועבר טופס הצטרפות בתוך 12 חודשים).

כמו כן יהיו רשאים להצטרף לפוליסה עובדים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 ב', במהלך 120 הימים הראשונים ממועד זכאותם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים נוספים לאלו המופיעים בפוליסה וללא סייג רפואי קודם כלשהו. וזאת בכפוף למילוי טופס הצטרפות מועד תחילת הביטוח יהא מהחודש בו מולא הטופס ולמעט במקרה של הולדת תינוק בו מועד תחילת הביטוח יהא מיום הלידה ובתנאי כי יועבר טופס הצטרפות בתוך 12 חודשים).

41.3. כל מי שלא יצטרף לפוליסה בכפוף לאמור בסעיף 41.2 לעיל, יוכל להצטרף לפוליסה בכפוף לחריגים הבאים המפורטים בפוליסה: פרק א' 3-1 סעיף 3.10.1, פרק ב' סעיף 3.3 ופרק ג' סעיף 1.4.1.1.

41.4. כל מבוטח כהגדרתו לפי סעיפים 3 א', ג' ו-ד' לפרק ההגדרות בפוליסה, יוכל לגרוע את עצמו מהפוליסה תוך 90 יום מיום קבלת חוברת הפוליסה, ולקבל חזרה את הפרמיה ששולמה באופן רטרואקטיבי.

41.5. כל המבוטחים אשר יבקשו לבטל את הפוליסה ולאחר מכן יבקשו להצטרף חזרה לפוליסה, יוכלו להצטרף חזרה לפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

41.6. מבוטחים שנולד להם תינוק ו/או אימצו תינוק או ילד מצורפים אוטומטית ומבוטחים אוטומטית מתאריך לידתם, ובתנאי כי יועבר טופס הצטרפות בתוך 12 חודשים, אחרת מועד תחילת הביטוח יהא מהחודש בו מולא הטופס.

מבוטחים שנישאו ו/או הפכו לידועים בציבור במהלך תקופת הביטוח, יהיו רשאים לצרף את בני זוגם לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' במהלך 180 יום מיום נישואיהם ו/או הפיכתם לידועים בציבור, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או בתקופת אכשרה ללא חריגים נוספים לאלו המופיעים בפוליסה וללא סייג רפואי קודם כלשהו. מי שלא יצרף את בן/ת זוגו החדש במהלך 180 הימים הראשונים מיום נישואיו ו/או הפיכתו לידוע בציבור, יוכל להצטרף לאחר מכן לפוליסה ובכפוף לסעיף 41.3 לעיל.

41.7. כל מי שעונה על ההגדרה בסעיף 28 לפרק ההגדרות בפוליסה, יצורפו לביטוח ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה, ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח, ללא סייג רפואי קודם כלשהו.

#### 42. נוהל חל"ד / חל"ת / חופשת אימוץ / חופשת שמירת היריון -

בעל הפוליסה יעביר לחברה המבטחת תשלום ודיווח שוטף כרגיל חודש בחודשו בגין עובדים / עובדות היוצאות לחל"ד ובני משפחתם/ן, עובדים / עובדות אשר האריכו את החל"ד לחל"ת ובני משפחתם/ן ו/או עובדים/ות היוצאים/ות לחל"ת מכל סיבה שהיא ובני משפחתם/ן. כחלק מהדיווח החודשי הרגיל המועבר ללא דיווח ספציפי מי נמצא בחל"ד / חל"ת וכדומה. דמי הביטוח לתקופת החל"ד / חל"ת יהיו ללא שינוי מהפרמיה המשולמת לכלל העובדים ובני המשפחות עבור תוכנית הביטוח. למען הסר ספק, במהלך כל תקופת החל"ד / חל"ת העובדת ובני משפחתו/ה מבוטחים ככלל עובדי בעל הפוליסה ובני משפחתם.

#### 43. הכיסוי הביטוחי -

החברה המבטחת מתחייבת כי הכיסוי הביטוחי יהיה על-פי הפוליסה. הכיסוי הביטוחי יהיה בתוקף מלא בהתאם להסכם זה בכל מקום בעולם ובישראל (למעט למבטח אשר שוהה בחו"ל, באופן רצוף, לתקופה העולה על 183 ימים בשנה או שהוא גר באופן קבוע בחו"ל), וזאת למשך כל תקופת ההסכם או כל הארכה שלה, למעט אם השהייה בחו"ל הינה במסגרת ניתוח ו/או השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל.

#### 44. תקופת הביטוח

44.1. תקופת הביטוח מתחילה ב- 01.03.2021 ומסתיימת ב- 28.02.2026.

44.2. החברה המבטחת מצהירה ומתחייבת כי הזכאות לכל הנובע בהסכם ובפוליסה אלו לרבות, אך לא רק, תקרות ההחזרים, מכסות הטיפולים, תחיל מחדש בתום מחצית מתקופת הביטוח (בתום שנתיים וחצי), וכי החברה המבטחת תשלם ותאשר מחדש את כל הכיסויים, לרבות תקרות ההחזרים ומכסות הטיפולים, ממועד זה ובכל שנתיים וחצי, עפ"י תנאי הפוליסה וההסכם.

45. שינויים בפוליסה ובהסכם במהלך תקופת הביטוח - בעל הפוליסה יהיה רשאי בכל עת להודיע למבטח על רצונו לנהל משא ומתן על מנת לשפר ולתקן את הפוליסה. ביקש בעל הפוליסה לנהל משא ומתן כאמור, ינהלו המבטח ובעל הפוליסה משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה. לא הגיעו הצדדים להסכמה, יהיה רשאי בעל הפוליסה להביא הסכם זה לסיומו, בכל עת במהלך תקופת הביטוח, בהודעה בכתב 30 יום מראש, ללא שהדבר יקים טענה של המבטח כלפי בעל הפוליסה.

#### 46. ביטול ההסכם והפוליסה

מבלי לפגוע בכלליות הוראות כל דין, בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל הסכם זה לפני תום תקופת הביטוח, בהתאם לאחת או יותר מההוראות החלופיות שלעיל ולהלן:

(א) בהתאם להוראות חוק החוזים (תרופות בשל הפרת חוזה), תשל"א - 1970 עקב הפרתו היסודית של הסכם זה או כל חלק ממנו על-ידי החברה המבטחת, ו/או בהתאם לכל עילה אחרת שבכל דין, ובכפוף לתנאי הביטול בהסכם בין בעל הפוליסה למבטח.

(ב) בהתאם להוראות ההסכם בין בעל הפוליסה למבטח.

#### 47. הצהרות והתחייבות בעל הפוליסה

בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן: לעניין היותו בעל הפוליסה, פועל בעל הפוליסה באמונה ובשקידה לטובת המבטחים בלבד ואין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

## פרק א'1: השתלות

1. **מקרה הביטוח:** השתלת איברים שבוצעה ו/או תבוצע ו/או הצורך בביצועה נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

### 1.1 השתלת איברים:

בגין השתלת איברים יהיה זכאי המבוטח לשיפוי מלא בגין לב, לב-ריאה, אונת ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, כבד, השתלת קרנית, השתלת מח עצם, לרבות השתלת מח עצם עצמית, אונת כבד, שחלה, מעי, תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר מגופו של המבוטח עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר והשתלת איבר אחר או חלק מאיבר אחר במקומו אשר נלקח מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו או איבר מלאכותי, וכן והשתלת איבר מבע"ח (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"י הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או ארה"ב או האיחוד האירופי). את ההשתלה רשאי המבוטח לבצע בחו"ל.

ובכפוף לחוק השתלת איברים התשס"ח 2008 ולחוזר ביטוח 1-1-2009.

הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 24 לעיל.

- 1.1.1 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.
- 1.1.2 למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי, אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

יובהר כי השתלה חוזרת, תיחשב כמקרה ביטוח חדש.

1.2 **מסלול 1** - החברה המבטחת תשפה את המבוטח על תשלומיו בגין השתלה בסכום ביטוח בלתי מוגבל במקרה של ביצוע השתלה במוסד רפואי שהנו בהסדר עם החברה המבטחת, ובמקרה של ביצוע השתלה במוסד רפואי שאינו בהסדר עם החברה המבטחת סכום השיפוי יהא עד לתקרה של 5,020,000 ₪ בגין סעיפים 1.3.1-1.3.4 ובסכום ביטוח מרבי נוסף של 1,255,000 ₪ להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.13.

### 1.3 כתשלום בגין השתלה ייראו את התשלומים כדלקמן:

- 1.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח. במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.
- 1.3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום, עד 90 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 365 יום לאחר ביצועה. לרבות כל ההוצאות הכרוכות בטיפול הרפואי, באשפוז, בבדיקות, שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה שיידרשו, בתרופות ובטיפולים להם נזקק המבוטח.
- 1.3.3 תשלום עבור ההוצאות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- 1.3.4 תשלום לצוות המנתח עבור השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה.
- 1.3.5 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח, ומלווה במלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל. לרבות



- הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.
- על אף האמור לעיל במידה והמבוטח הוא ילד מתחת לגיל 21 תכסה החברה המבטחת הוצאות טיסה ושהיה של שני מלווים.
- 1.3.6. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים. כולל ליווי רופא מלווה. לרבות הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.
- 1.3.7. תשלום עבור הוצאות שהייה ראויות של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל, במידה והמושגל הינו ילד, יהיה התשלום עבור שני מלווים.
- 1.3.8. תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל ועד תקרה של 200,798 ₪.
- 1.3.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.
- 1.3.10. תשלום עבור משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושגלים או המורכבים בגופו של המבוטח.
- 1.3.11. תשלום לכיסוי הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות / תאי אב בסך 501,995 ₪. ובתנאי שאין מימון להוצאה זו ע"י קופת חולים בה הוא מבוטח, במידה ויש מימון חלקי יושלם ההפרש. כמו כן כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם.
- 1.3.12. הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 1.3.13. הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבוטח להוציא בחו"ל או בארץ עפ"י הוראה רפואית לרבות הוצאות המשך טיפול תרופתי בארץ שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח וזאת עד לתקרה של 100,399 ₪.
- 1.3.14. **השלמת הכנסה וכיסוי הוצאות:**
- בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי הפוליסה, תשלם החברה למבוטח, בנוסף לכל גמלה ולכל פיצוי אחר, לו זכאי המבוטח עפ"י הפוליסה, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית, גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן:
- 1.3.14.1. סך של 6,024 ₪ לחודש למשך 24 חודש.
- 1.3.14.2. נפטר המבוטח לאחר ניתוח ההשתלה וטרם מיצה את הגמלה כקבוע לעיל יקבלו מוטביו את יתרת הגמלה כקבוע לעיל מיד לאחר פטירתו לפי צו ירושה ו/או קיום צוואה.
- 1.3.14.3. גמלת ההחלמה לאחר השתלה, תשולם למושגל גם אם ההשתלה בוצעה בארץ.
- 1.4. **מסלול 2 - פיצוי בעד השתלת איברים**
- סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית.
- סכום הביטוח הינו 281,117 ₪.
- 1.4.1. **מקרה הביטוח**
- אבחנה מתועדת להתקיימות השתלת איברים כהגדרתה בסעיף 1.1 לעיל למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית.

- 1.4.2. תשלום פיצוי בעד השתלת איברים, ייעשה בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל המעיד על הצורך בהשתלת איבר או מכתב מרופא מטעם המבוטח המעיד על הצורך בהשתלה, ובטרם ביצוע ההשתלה.
- 1.4.3. הזכאות לכיסוי להשתלות איברים, עפ"י פרק זה, יהא עפ"י סעיף 1.2 או עפ"י סעיף 1.4, עפ"י שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח.

## פרק א'2: טיפולים מיוחדים בחו"ל

2. **מקרה הביטוח:** טיפול רפואי בחו"ל כהגדרתו שבוצע ו/או יבוצע ו/או הצורך בביצועו נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.
- 2.1. **כ"טיפולים מיוחדים בחו"ל"** יחשבו טיפולים רפואיים לרבות ולא רק טיפול בחולי סרטן, מחלות אוטואימוניות ועוד, בחו"ל, שמתקיימים בהם אחד מהתנאים הבאים:
- 2.1.1. לא ניתן לבצע את הטיפול המיוחד בישראל, ו/או סיכויי ההצלחה ו/או סיכויי ההחלמה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ, ו/או הניסיון ו/או המומחיות בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול באופן משמעותי מהניסיון ו/או המומחיות בביצועו בישראל, ו/או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
- 2.1.2. **הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.**
- 2.1.3. **טיפול רפואי חוזר (ובכלל זאת חוות דעת) אשר נדרש בעקבות מקרה ביטוח, ייחשב אף הוא למקרה ביטוח.**
- 2.2. החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין תשלומיו. בגין הוצאות טיפול מיוחד בסכום מרבי של 883,512 ₪.
- 2.3. **תשלום בגין טיפול מיוחד יראו את התשלומים כדלקמן:**
- 2.3.1. תשלומים כמפורט בסעיף 1.3 בפרק א' (1) לעיל, למעט סעיף 1.3.14, בשינויים כדלהלן:
- 2.3.1.1. בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד", ובכפוף לתקרה בסעיף 2.2 לעיל.
- 2.3.2. כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור לטיפול המיוחד, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 15% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.
- \* למען הסר ספק, סכומי הביטוח ישולמו בנוסף לסכום הביטוח שהוגדר בסעיף 2.2 לעיל.
- 2.3.3. תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.3.4. תשלום עבור טיפולי המשך בחו"ל הנובעים מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ועד תקרה של 100,400 ₪.
- 2.3.5. ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,040 ₪ בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.4. החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות ו/או העתקן ותוך תקופה שלא תעלה על 10 ימים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי החברה המבטחת לצורך ביצוע התשלום, לרבות מסירת כתב התחייבות לכיסוי ההוצאות לנותן השרות.

- 2.5. נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני מציל חיים בחו"ל והטיפול ממומן ע"י גורם שלישי- (להלן: "מבצע הניסוי") ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבוטח במימון הוצאות הנסיעה, השהייה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:
- 2.5.1. עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 100,000 ₪.
- 2.5.2. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, לבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין - שני מלווים, וזאת עד לסכום של 40,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד 60,000 ₪ לשני מלווים.
- 2.5.3. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכל הסכום. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצויד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.
- 2.5.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אח במקרה והמבוטח קטין- שני מלווים, עד שנה וזאת עד לסך של 1,000 ₪ ליום למלווה ועד 1,500 ₪ לשני מלווים.

## פרק א'3: ניתוחים בחו"ל

3. **מקרה הביטוח:** ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצועם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

3.1. **הגדרת ניתוח** - כל פעולה פולשנית חיריתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית, אשר מטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, במסגרת זו ייראו כניתוח גם, אך לא רק, פעולות פולשניות-חיריתיות לאבחון או לטיפול, כגון, אך לא רק: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מרופא מומחה לביצוע ההדמיה המגנטית לפני ביצוע הניתוח, למען הסר ספק הבדיקה תכוסה ע"י החברה המבטחת גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ביופסיות מכל סוג שהוא, קולונוסקופיה, כולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון, אך לא רק: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדומה, צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, צנתור וירטואלי, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה, מרה, השתלת עור, ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/יים ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח עפ"י הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצרכי מניעה בלבד. כמו כן, יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה באמצעות מערכת לתהודה מגנטית ו/או רפואה גרעינית וניתוח אלקטיבי בלייזר. ניתוח לפרוסקופי, לרבות אך לא רק ניתוח רובוטי בין היתר באמצעות רובוט דה וינצ'.

ניתוח מפרק / משתל בהתאמה אישית - תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI ויצירת מפרק / משתל המותאם אישית לגופו של המנותח. שאיבת דיסק מכאנית ללא פגיעה ברקמות הסמוכות בשיטת Hydrocision.

למען הסר ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, לרבות טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו לעיל.

**הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 24 לעיל.**

\* למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא הרלוונטי לעניין מטעם המבוטח.

3.2. בגין ניתוחים בחו"ל שתואמו עם החברה המבטחת, הפוליסה תהא פוליסה לשיפוי מלא של המבוטח בגין כל הוצאותיו ללא השתתפות עצמית, קרי תהיה תקרת השיפוי מלאה. במקרה בו המבוטח איפשר לחברה המבטחת לתאם את הניתוח בחו"ל, אך החברה המבטחת לא הצליחה להגיע להסדר, תקרת השיפוי תהיה מלאה. בגין ניתוחים בחו"ל שלא תואמו עם החברה המבטחת, סכום השיפוי יהיה עד לתקרה של 200% מעלות הניתוח בארץ.

3.3. בגין ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את כל הוצאותיו בגין כל הכרוך בניתוח בחו"ל במטבע ישראלי בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) שיהיה נהוג בבנק לאומי ביום התשלום ע"י החברה המבטחת ובהיקף זכאותו של המבוטח על פי האמור לעיל.

- 3.4. בנוסף לאמור, החברה המבטחת תכסה סכום חד פעמי בסך 60,239 ₪ בגין ההוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בניתוח בחו"ל. ובמקרה של ילד סכום הביטוח החד פעמי יעלה ל-100,400 ₪.
- למען הסר ספק, ביטוח זה יכלול הוצאות שהיה כגון: הוצאות בגין לינה במלון או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים בתוספת הוצאות החלות על השוכר (גז, חשמל, מים) והוצאות כלכלה (אוכל ושתיה).
- 3.5. הטסה רפואית - תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל / מחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל / מחו"ל, כולל ליווי רופא מלווה, ובליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח. למען הסר ספק יכללו ההוצאות גם את ההוצאות בגין הצוות הרפואי.
- 3.6. כיסוי להוצאות הטסת גופה - החברה המבטחת תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.
- 3.7. החברה המבטחת תשלם ישירות לנוטן השרות או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים, אותם קיבל המבוטח.
- 3.8. הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.
- 3.9. טיפול רפואי חוזר (ובכלל זאת חוות דעת) אשר נדרש בעקבות מקרה ביטוח ייחשב אף הוא למקרה ביטוח.
- 3.10. פיצוי חד פעמי בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח- נפטר חו"ח המבוטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה ע"פ פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) כתוצאה ישירה מהניתוח האמור, תשלם החברה ליורשיו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצוי חד פעמי בגובה 200,798 ₪.
- 3.11. **חריגים עבור פרקים א' 3-1:**
- 3.11.1. החברה המבטחת לא תהיה אחראית לביטוח על פי פרק א' 3-1 לפוליסה זו, אם ביום כניסת הביטוח לתוקף, הייתה קיימת לגבי המבוטח המלצה לביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל ו/או ניתוח בחו"ל, המצוינת ומתועדת בכתב בתיק רפואי או במסמך רפואי כל שהוא.
- חריג זה חל אך ורק על מי שלא יצטרף לפוליסה ב-120 הימים הראשונים לזכאותם.
- לכל מי שחריג זה תקף לגביו, יבוטל בכל מקרה חריג זה באופן מלא לחלוטין בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה. מבוטח שהינו בן 65 ומעלה החריג יבוטל לאחר חצי שנה.
- 3.11.2. החברה המבטחת לא תהיה אחראית לתשלום סכום הביטוח במלואו או בחלקו אם הצורך בהשתלה ו/או בטיפול מיוחד או ניתוח בחו"ל נובע מהתמכרות המבוטח לסמים ו/או אלכוהול, למעט שימוש בסמים עפ"י הוראת רופא.
- 3.11.3. החברה המבטחת לא תהיה אחראית לכל נזק העלול להיגרם לאדם ממנו נלקח האיבר לצורך השתלתו בגופו של המבוטח.
- 3.11.4. למען הסר ספק, מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל והטיפולים והשירותים המכוסים על פי פוליסה זו, נעשים על ידי המבוטח וכי החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על פי פוליסה זו.

## פרק א'4: טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. **מקרה הביטוח:** טיפול מחליף ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצועם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח. מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד בו נקבע או נוצר הצורך בניתוח.

### 2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל:

טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע הניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

### 3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח תשפה החברה המבטחת את המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הטיפול המחליף ניתוח ולשם ביצועו בבית חולים בחו"ל או תשלמן במישרין לנותן השירות בחו"ל והכל עד סכום השיפוי המרבי:

3.1. **שכר נותן טיפול מחליף ניתוח** - הוצאות שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.

3.2. **שכר מרדים** - הוצאות שכר המרדים.

3.3. **הוצאות חדר ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח והוצאות** אשפוז בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל.

3.4. **הוצאות אשפוז** כוללות גם בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז ו/או לצורך האשפוז, תרופות, לרבות תרופת שאינן כלולות בסל שרותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע הטיפול המחליף ניתוח, לרבות במהלך האשפוז הנלווה לביצועו, על פי קביעת המנתח ו/או רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח.

3.5. בדיקת פתולוגית-הוצאות בדיקה פתולוגית שנדרשה במקרה של טיפול מחליף ניתוח.

### 4. סכום השיפוי המרבי לטיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל:

בוצע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל במבוטח, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין ההוצאות שהוצאו על ידו בפועל בגין השירותים הרפואיים המפורטים לעיל עד לסכום הביטוח המרבי המפורט להלן:

4.1. (א) שכר נותן טיפול מחליף ניתוח שבהסכם - במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע על ידי החברה המבטחת, תשפה החברה המבטחת את המבוטח, באופן מלא וישיר באמצעות נותן השירות בחו"ל.

(ב) שכר נותן טיפול מחליף ניתוח אחר (שאינו בהסכם) - גובה השיפוי יהא עד לתקרה של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא הטיפול להחליף אם היה מבוצע בישראל, הגבוה ביניהם.

4.2. הוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח - הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז כמפורט בסעיף 3.3 ו-3.4.

(א) במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע ע"י החברה המבטחת, תשפה החברה המבטחת את המבוטח, באופן מלא וישיר באמצעות נותן השירות בחו"ל.

(ב) במקרה ובוצע בבית חולים אחר (שלא בהסכם) - גובה השיפוי יהא עד לתקרה של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא להחליף הטיפול אם היה מבוצע בישראל, הגבוה ביניהם.

5. תגמולי ביטוח נוספים (הוצאות בגין שירותים נוספים)

5.1. התייעצות עם רופא מומחה: הוצאות התייעצות אחת עם רופא מומחה בישראל, עד לסך של 1,200 ₪.

5.2. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל: הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח/ הטיפול המחליף ניתוח בישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסך של 150,000 ₪.

6. למען הסר ספק, במידה וספק השירותים אינו מקבל כתב התחייבות או העברות בנקאיות, ישולם הסכום למבוטח טרם יציאתו מהארץ, בכפוף לקבלת המסמכים הדרושים מספק השירות. בכל מקרה תינתן האפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי.



# פרק ב': כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

## 1. הגדרות:

- 1.1. **מקרה הביטוח** - שיפוי בגין עלות תרופה אשר ניטלה ניטלת ו/או תינטל ו/או הצורך בנטיילתה נדרש או יידרש לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 1.2. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי, שנועד לשם אבחון, ריפוא, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו ו/או מניעת החמרת מצב רפואי כלשהו, לרבות הסימפטומים הרפואיים, לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה, לרבות בשל מחלה או תאונה.  
למען הסר ספק, הסמכות הקובעת את הזכאות הינה רופא מטעם המבוטח.  
הגדרת תרופה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 18-1-2015 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 24 לעיל.
- 1.3. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי הוראת רופא, בצורה חד-פעמית או מתמשכת.  
הגדרת טיפול תרופתי נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 18-1-2015 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 24 לעיל.
- 1.4. **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה המבטחת בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.
- 1.5. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה, בגין תרופה והמשתנה מעת לעת, עפ"י המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.
- 1.6. **חוק ביטוח בריאות ממלכתי** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.7. **בית מרקחת** - מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השרות").
- 1.8. **IND - Investigational New Drug** - תרופה המצויה בתהליכי הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת לחולה ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני.
- 1.9. **קנאביס רפואי**  
קנאביס הניטל למטרות רפואיות, לטיפול במחלות, או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלות, אשר ניתן למבוטח אישור לשימוש בו בידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות. יובהר כי יאושר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.

## 2. הכיסוי:

- א. כל תרופה שאינה רשומה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או בפינ ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29/ג, 29 (א) (1), 29 (א) (3), 29 (א) (4) ו/או 29 (א) (10). לא תוחרג או יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.

ב. כמו כן כל תרופה הרשומה בסל שירותי הבריאות שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל התרופות כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח הדורש טיפול בתרופה זו בתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29/ג, 29(א)(1), 29(א)(3), 29(א)(4) ו/או 29(א)(10). תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.

#### ג. תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL

תכוסה כל תרופה 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:

- 1) פרסומי ה-FDA
- 2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- 3) US Pharmacopoeia-Drug Information
- 4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
  - א) עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa
  - ב) חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B
  - ג) יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa
- 5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
  - א) NCCN
  - ב) ASCO
  - ג) NICE
  - ד) ESMO Minimal Recommendation

סעיף זה נוסח באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 18-1-2015 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 24 לעיל.

ד. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

ה. **תכשיר מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים** שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי ע"י רופא מומחה לטיפול במחלה של המבוטח.

ו. למען הסר ספק, תרופה המופיעה בסל הבריאות וקופת החולים מסרבת לממן מכל סיבה שהיא, תוכר במסגרת ביטוח זה. סירוב הקופה היא הזכות בפוליסה, במידה וסירוב הקופה ניתן בכתב, יהיה המסמך הכתוב אסמכתא לסירוב.

#### ז. תרופות שאינן בסל הבריאות ואינן מכוסות על פי סעיפים א'-ג' לפוליסה לעיל

נמצא באבחון המולקולארי של הגידול ו/או בבדיקה גנטית ו/או בבדיקה גנומית כי המבוטח זקוק ע"פ המלצת הרופא המטפל לתרופה, אשר אינה מכוסה על פי סעיפים א'-ג' לעיל, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו לרכישת תרופות אלו וזאת עד 1,000,000 ש"ח.

## תרופות בהתאמה אישית:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות, ו/או בדיקות מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא על רקמה ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/ CSF וכדומה) שמטרתה סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ ובלבד שהבדיקה/ טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. מובהר כי במידה ותוצאת הבדיקה ממליצה על תרופה מסוימת לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

ח. טיפול תרופתי התרופה לטיפול IND יכוסה עד תקרה כוללת בגובה 1,000,000 ₪.

ט. קנאביס רפואי למחלת הסרטן

1. מקרה הביטוח לסעיף זה:

רכישה בפועל של קנאביס רפואי על פי הנחיה של רופא בעל הרשאה מתאימה ו/או רופא מומחה למבוטח החולה במחלת הסרטן.

2. בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל לרכישה של קנאביס רפואי כהגדרתו לעיל על פי הנחיה של רופא בעל הרשאה מתאימה או רופא מומחה לטיפול במחלת הסרטן של המבוטח ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו.

3. תגמולי הביטוח עבור רכישת הקנאביס הרפואי ישולמו בכפוף להמצאת קבלות ובהתאם למפורט להלן:

3.1. גבול אחריות עבור סך ההוצאות בחודש קלנדרי בגין רכישת קנאביס רפואי הינו עד לסך של 1,000 ₪ ועד תקרה מירבית של 20,000 ₪ כל שנתיים, בגין כל מקרה ביטוח.

3.2. תגמולי הביטוח ישולמו לאחר ניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לחודש וזאת מסך ההוצאה באותו חודש עבור רכישת קנאביס רפואי וכן בכפוף לאמור בסעיף 2.5.3 לפוליסה.

י. טיפול בטכנולוגיית CAR T - החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל וזאת עד 300,000 ₪.

יא. למען הסר ספק, הסמכות הקובעת את הזכאות הינה רופא מטעם המבוטח.

2.1. **תביעות** - החברה המבטחת תשלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המצטברים כמפורט להלן:

2.2. החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד העברת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור, ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה.

2.3. הוצאות מוכרות: מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד.

לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים, אך לא יחולו על התחייבות קיימת בגמר ביטוח אם המבוטח ממשיך לקחת תרופה ולא ניצל את מלוא סכום הביטוח. למען הסר ספק, החברה המבטחת ביטוח זה חייבת לסיים את מלוא חבותה למקרה ביטוח שארע בתקופתה.

2.4. בנוסף החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות ולא רק הזרקת התרופה מתן עירוי וכדומה בסכום שלא יעלה על 4,518 ₪ לכל סדרת טיפולים.

2.5. חבות החברה המבטחת על פי פרק זה תהיה לפי התנאים להלן:

2.5.1. ההוצאות הוצאו בפועל.

2.5.2. בגין תרופות למחלת הסרטן לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.

2.5.3. בגין שאר התרופות, החברה המבטחת תשלם את ההוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 151 ₪ לחודש ולא יותר מסכום השיפוי המרבי, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, עבור כל מרשם נוסף אחר שעלותו מעל 151 ₪ לחודש, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

2.5.4. בחר המבוטח לקבל תרופה המכוסה עפ"י פוליסה זו באמצעות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בה הוא עמית, ושילם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם.

2.6. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 3,000,000 ₪ לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ז' לעיל, סכום הביטוח יעמוד על 1,000,000 ₪. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ח' לעיל, סכום הביטוח יעמוד על 1,000,000 ₪.

סכום השיפוי בגין פרק ב' זה יהא לתקופה של שנתיים, סכום זה, יתחדש בגין כלל המבוטחים לשנתיים נוספות וכך כל שנתיים מחדש עד סוף תקופת ההסכם.

2.7. בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות לרבות, אך לא רק, בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים-

כיסוי מלא לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה כגון בדיקות שמטרתן בין היתר: קביעת דרכי טיפול במחלה, תוך שימוש בכלי האבחון הבאים, כולם או מקצתם, על מנת לבדוק מה הטיפול האופטימלי לטיפול במחלה, בפני איזה טיפול המחלה עמידה וכו'.

■ סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות אך לא רק סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול.

■ סיוע בהתאמת טיפול תרופתי מותאם אישית- סיוע בהתאמת הטיפול התרופתי לשונות הגנטית של החולה, בדיקת יעילות הטיפול התרופתי.

קביעת המינון המותאם לחולה במטרה לטפל בחולה באופן מהיר ומדויק, מניעת תופעות לוואי ו/או רעילות מהטיפול התרופתי וביצוע מעקב אחר תוצאות הטיפול התרופתי ויעילותו.

■ איתור מקום הגידול.

■ הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד.

■ אבחון מוקדם.

■ הערכת התקדמות עתידית של המחלה.

■ בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.

- בדיקות גנטיות, לרבות בדיקות הנעשות על רקמה ביולוגית שמטרתן בין היתר, אך לא רק: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או מינון, סוג התרופה וכו'.
- חיזוי המחלה (רמת האגרסיביות של הגידול) - סיכוי הפשטות המחלה סיכוי הישנות המחלה.

\* וכן כל הבדיקות שיורחבו בעתיד במעבדות השונות, ייכללו בכיסוי זה. אופן התשלום בגין הבדיקות -

החברה המבטחת תשלם ישירות למעבדה או תשלם למבוטח כנגד חשבונית. בגין ספק שנמצא בהסכם עם החברה המבטחת תקרת השיפוי תהיה מלאה ללא תקרה. בגין ספק שאינו בהסכם עם החברה המבטחת תקרת השיפוי תעמוד על 60,000 ש"ח. מובהר כי במידה ותוצאת הבדיקה ממליצה על תרופה מסוימת לטיפול במחלתו של המבוטח, תיחשב ההמלצה כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

### 3. הגבלות לאחריות החברה המבטחת:

- 3.1 החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה המבטחת לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.
- 3.2 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או ב-FDA או ב-EMEA - הגבוה ביניהם. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי ישולם על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה ב-FDA או ב-EMEA.
- 3.3 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לביטוח על פי פרק ב' לפוליסה זו, לגבי מי שטרם כניסת הביטוח לתוקף, המבוטח השתמש או קיבל מרשם לשימוש בתרופה המכוסה עפ"י פרק זה.
- חריג זה חל אך ורק על מי שלא הצטרף לפוליסה ב-120 הימים הראשונים לזכאותו. לכל מי שחריג זה תקף לגביו, יבוטל חריג זה בכל מקרה באופן מלא לחלוטין בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה. מבוטח שהינו בן 65 ומעלה החריג יבוטל לאחר חצי שנה.
- 3.4 תרופות לטיפול קוסמטיים ו/או אסטטיים.
- 3.5 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 3.6 במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה למעט האמור בסעיף 2 ה' לעיל.
- 3.7 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות, תרופות ניסיוניות, למעט המופיע בסעיף 2 ג' לעיל.
- 3.8 מקרה ביטוח אליו נקלע המבוטח בעקבות ו/או בקשר עם אחד מאלה:
  - 3.8.1 אלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא.

# פרק ג'1: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה

1. הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידם:

<p>אחד מאלה</p> <p>(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים) תיקוני חקיקה 3; (להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013</p> <p>(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות אישרו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.</p>	<p><b>בית חולים פרטי</b></p>
<p>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה לאחריו;</p>	<p><b>התייעצות</b></p>
<p>טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.</p>	<p><b>טיפול מחליף ניתוח</b></p>
<p>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.</p>	<p><b>מרפאה כירורגית פרטית</b></p>
<p>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.</p>	<p><b>ניתוח</b></p>
<p>כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994</p>	<p><b>קופת חולים</b></p>
<p>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.</p>	<p><b>רופא מומחה</b></p>
<p>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;</p>	<p><b>שתל</b></p>
<p>הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994 - הסכם בין החברה המבטחת 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 המבטחת.</p>	<p><b>הסדר ניתוח</b></p>
<p>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.</p>	<p><b>הסדר התייעצות</b></p>

## 2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. תוכנית זו מעניקה כיסוי להוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה בלבד למעט במקרה המפורט בסעיף 4.2.1 להלן.

## 3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח, תשלם החברה את ההוצאות המוכרות לספק השירות בכפוף להוראות פרק זה.

### השירותים הרפואיים המוכרים שיקראו להלן ההוצאות המוכרות יהיו אלה:

- 3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח לגביו נערכה התייעצות.
- 3.2. שכר מנתח.
- 3.3. ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז, בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.4. טיפול מחליף ניתוח. למען הסר ספק יובהר כי כיסוי זה לא ישלול מהמבטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבטח לטיפול נוסף.

## 4. אופן תשלום תגמולי הביטוח

- 4.1. אופן תשלום תגמולי ביטוח עבור התייעצות עם רופא מומחה על פי סעיף 3.1 לעיל במקרה של ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל: בוצעה התייעצות ע"י רופא שבהסכם - תישא החברה בעלות התייעצות במלואה. בוצעה התייעצות ע"י נותן שירות אחר - תישא החברה בעלות התייעצות עד לסך של 1,807 ₪ לכל התייעצות.

- 4.2. אופן תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה ביטוח של ניתוח המבוצע בישראל בעת מקרה של ניתוח, המכוסה על פי פוליסה זו, הכיסוי ניתן עבור שירותים רפואיים המפורטים בסעיף 3.2-3.3 לעיל, המבוצעים אצל נותני שירות שבהסכם עם החברה והתשלום עבורם ישולם ע"י החברה ישירות לנוותני השירות שבהסכם. המבטח לא זכאי לקבלת החזר הוצאות ו/או שיפוי בגין ההוצאות המוכרות, למעט באחד המקרים הבאים:

4.2.1. בוצע ניתוח בישראל אצל נותן שירות אחר - לא זכאי המבטח לקבלת תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו. על אף האמור לעיל, במקרה שבו הגיש המבטח לאישור שר האוצר רשימה של עד 50 רופאים מומחים בתחומים ייחודיים או באזורים גאוגרפיים, שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים ורשימה זו אושרה על ידי שר האוצר, זכאי המבטח להוצאות שכר רופאים מומחים ששמו רשום במועד הגשת התביעה על ידי המבטח, ברשימת הרופאים כאמור אם אין למבטח הסדר ניתוח עמם.

החזר הוצאות שכר רופא המנתח שברשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר ישולמו למבטח עד התקרה לשכר מנתח הנקובה באתר האינטרנט של החברה, עבור אותו הניתוח.

- 4.2.2. החזר השתתפות עצמית ששילם המבוטח במסגרת תוכנית השב"ן בה הוא חבר עבור ההוצאות המוכרות, בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה ובלבד שהניתוח מכוסה עפ"י תנאי פוליסה זו.
- 4.2.3. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן שירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.
- 4.3. **אופן תשלום התביעה בקרות מקרה ביטוח של טיפול מחליף ניתוח המבוצע בישראל:**
- 4.3.1. **בוצע הטיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות שבהסכם** - תישא החברה בעלות הוצאות הטיפול מחליף ניתוח במלואם.
- 4.3.2. **בוצע הטיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות אחר** - תישא החברה בעלות הוצאות הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבוטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.
5. **חריגים לאחריות המבטח:**
- יובהר כי חריגים אלו חלים על ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המכוסים על פי פרק זה בלבד ולא יחולו על יתר הכיסויים ו/או הפרקים שבפוליסה זו.
- 5.1. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 5.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
- 5.2.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
- 5.2.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או למבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 5.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 5.4. 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.
- 5.5. 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.
- 5.6. מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית.
- 5.7. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונאלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.8. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה המבטחת לגביה 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.



## פרק ג'2: ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן

1. הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידיהם:

<b>בית חולים פרטי</b>	אחד מאלה (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים) תיקוני חקיקה ; 3 להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014(התשע"ג-2013). (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות אישרו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
<b>התייעצות</b>	התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה לאחריו.
<b>טיפול מחליף ניתוח</b>	טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
<b>מרפאה כירורגית פרטית</b>	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.
<b>ניתוח</b>	פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מיעה 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.
<b>קופת חולים</b>	כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994
<b>רופא מומחה</b>	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.
<b>שתל</b>	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;
<b>תקופת אכשרה בשב"ן</b>	תקופת אכשרה או תקופת המתנה בהתאם לתנאים כקבוע בתכנית השב"ן.
<b>תכנית השב"ן</b>	תכנית השב"ן של המבוטח עליה הצהיר המבוטח בהצעת הביטוח או לאחר מכן, בהודעה בכתב לחברה.

<p>הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994 - הסכם בין החברה המבטחת 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 המבטחת.</p>	<p><b>הסדר ניתוח</b></p>
<p>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.</p>	<p><b>הסדר התייעצות</b></p>

## 2. מקרה הביטוח:

- 2.1 מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. תוכנית זו מעניקה כיסוי להוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה בלבד למעט במקרה המפורט בסעיף 4.3.2 להלן.
- 2.2 מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח במבוטח.
- 2.3 הכיסוי הביטוחי בנספח זה הינו רובד משלים לתוכנית השב"ן שהמבוטח חבר בה, הלוקח בחשבון את מימון השתתפות של קופת החולים בהוצאות מקרה הביטוח, בהתאם לתוכנית השב"ן בה חבר המבוטח.
- 2.4 בהתחשב עם האמור לעיל פרמיית הביטוח בגין הכיסוי הביטוחי הניתן על-פי נספח זה הינה פרמיה מופחתת מאשר הפרמיה הנגבית בכיסוי מהשקל הראשון, והכיסויים הביטוחיים ותגמולי הביטוח מוגבלים בהתאם לתנאים ולהסדרים כקבוע בנספח זה.
- 2.5 המבוטח מתחייב לפעול למימוש מלוא זכויותיו בתוכנית השב"ן בגין מקרה הביטוח וישתף פעולה עם החברה המבטחת, ככל שנדרש וכן יודיע לחברה המבטחת בהקדם וימסור לה כל החלטה של קופת החולים הרלוונטית לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הוצאות מקרה הביטוח.

## 3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח בגין הוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן ("ההוצאות המוכרות"), או תשלם במישרין את ההוצאות המוכרות לספק השירות, והכל עד סכום השיפוי המרבי הנקוב בסעיף 4 להלן, בכפוף להוראות נספח זה.

### השירותים הרפואיים המוכרים שיקראו להלן הוצאות המוכרות יהיו אלה:

- 3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח לגבי נערכה התייעצות.
- 3.2 שכר מנתח.
- 3.3 ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז, בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.4 טיפול מחליף ניתוח. למען הסר ספק יובהר כי כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

#### 4. סכום הביטוח המירבי

4.1. המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח על-פי תוכנית זו בגין ההוצאות המוכרות רק מעבר למלוא הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על-פי תכנית השב"ן שברשותו.

4.2. במקרים בהם תכנית השב"ן איננה משתתפת במימון ההוצאות בשל "נסיבות אישיות", יהיה המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח רק מעבר למלוא הזכויות שהיו משולמות במקרה של מימון ההוצאות במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר.

במקרה זה, למבוטח תינתן האפשרות להמציא אישורים מקופת החולים בה הוא חבר על סכום ההשתתפות לו זכאים העמיתים בתוכנית השב"ן שברשותו בגין אותו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח. אם לא יומצא לחברה ע"י המבוטח אישור כאמור, קביעת גובה סכום השתתפות כאמור, אשר רק מעבר אליה תישא החברה בתשלום תגמולי הביטוח, תהיה לפי קביעת החברה על-פי מידע שברשותה.

"נסיבות אישיות" - נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון פיגור או אי תשלום דמי חבר לתכנית השב"ן או ביטול השב"ן)

4.3. במקרה של דחיה כללית בתכנית השב"ן וכן מקרים של מבוטח שהינו בשירות סדיר, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח בגין ההוצאות המוכרות על פי המפורט להלן:

4.3.1. בוצע הניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם תישא החברה בעלות ההוצאות המפורטות בסעיפים 3.2-3.4 במלואם.

4.3.2. בוצע ניתוח בישראל אצל נותן שירות אחר - לא זכאי המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו. על אף האמור לעיל, במקרה שבו הגיש המבוטח לאישור שר האוצר רשימה של עד 50 רופאים מומחים בתחומים ייחודיים או באזורים גאוגרפיים, שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים ורשימה זו אושרה על ידי שר האוצר, זכאי המבוטח להוצאות שכר רופא מנתח ששמו רשום במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, ברשימת הרופאים כאמור אם אין למבוטח הסדר ניתוח עמם.

4.3.3. בוצע הטיפול מחליף ניתוח בישראל אצל נותן שירות אחר -זכאי המבוטח להוצאות הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה.

4.4. סכום הביטוח המירבי עבור התייעצות עם רופא מומחה על פי סעיף 3.1 לעיל:

המבוטח זכאי להחזר הוצאות התייעצות מעבר למלוא הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על-פי תכנית השב"ן שברשותו ועד לסך של 1,807 ₪ לכל התייעצות.

"דחיה כללית" לפי סעיף זה משמעותה - מצב בו תכנית השב"ן איננה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן.

#### 5. חריגים לאחריות המבטח:

יובהר כי חריגים אלו חלים על ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המכוסים על פי נספח זה בלבד ולא יחולו על יתר הכיסויים ו/או הפרקים שבפוליסה זו:

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

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

5.2.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

5.2.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או למבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

5.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בהניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.

5.4. 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.

5.5. 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 הליסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הליסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה"; כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.

5.6. מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית.

5.7. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונאלי או זיהום רדיואקטיבי.

5.8. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה המבטחת לגבי 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.

## 6. ברות ביטוח לפוליסה מהשקל הראשון:

הסתיימה חברותו של המבוטח בתוכנית השב"ן בקופה בה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתוכנית השב"ן או מבלי שהצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת, או בתקופה בה המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת) ("הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח רשאי לפנות בהודעה בכתב שתימסר לחברה המבטחת לא יאוחר מאשר עד תום 60 יום מיום הפסקת השב"ן ("תקופת הזכאות"), בבקשה לרכוש פוליסה המשווקת על ידי החברה המבטחת באותה העת, לכיסוי ניתוח בישראל ולטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המקנה כיסוי ביטוחי מהשקל הראשון (פוליסת הרצף) בתנאים הבאים:

6.1. דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח בפוליסת הרצף הנהוגים בחברה לכלל המבוטחים באותה עת. דמי הביטוח יקבעו על-פי גיל המבוטח במועד ההצטרפות לפוליסת הרצף.

6.2. רכישת פוליסת הרצף תיעשה ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם של המבוטח וללא תקופת אכשרה (במידה ותקופת האכשרה על-פי נספח זה הסתיימה) לגבי הכיסויים החופפים בין נספח זה לבין פוליסת הרצף.

6.3. במקרה שפוליסת הרצף מקנה כיסויים נוספים שאינם חופפים לכיסויים הכלולים בנספח זה, יידרש המבוטח במועד הצטרפותו לפוליסת הרצף לחתום על הצהרה ושאלון בריאות בנוסח שיהיה מקובל בחברה באותה עת, וההצטרפות לפוליסת הרצף לגבי כיסויים נוספים אלה תבוצע רק לאחר ביצוע חיתום רפואי כנהוג בחברה לגבי כיסויים נוספים אלה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת הרצף תהיה למפרע מהמועד בו הופסקה חברותו של המבוטח בשב"ן.

6.4. לא מימש המבוטח את זכותו לרכישת פוליסת הרצף עד תום תקופת הזכאות, תפקע זכותו של המבוטח לרכוש את פוליסת הרצף בתנאים המפורטים בסעיף זה.

## פרק ד': ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים

1. **מקרה הביטוח:** שירותים רפואיים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או יבוצעו בביצוע ו/או בנתינתם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

**ינתנו השירותים הרפואיים הבאים הכוללים:**

1.1. **התייעצות עם רופא מומחה:**

החברה המבטחת תשלם למבוטח 75% מההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בגין התייעצות עם רופא מומחה, ללא קשר לניתוח, אצל רופא שייבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, למעט במקרה של מעקב הריון ולמעט רפואת ילדים המטפל בשגרה, וזאת עד 2 התייעצויות בשנת ביטוח ועד לתקרה של 1,205 ש"ח להתייעצות. שירות של רוקחות קלינית שכולל ייעוץ תרופתי אישי ומבוצע ע"י רוקח, תיחשב התייעצות במסגרת סעיף זה.

1.2. **בדיקות אבחנתיות:** (ללא קשר למופיע בסעיפים הרלוונטיים בפרק ג' לעיל התשלום הגבוה ביניהם לבחירת המבוטח).

בדיקות אבחנתיות כגון: בדיקות מעבדה כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (U.S.), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I), מיפוי איזוטופים, CT, MRA, ENDOSCOPY, EMG, EEG, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI, PAP), ממוגרפיה וכל בדיקה אחרת המבוצעת בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה. החברה המבטחת תשלם למבוטח 75% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 6,024 ש"ח לכל בדיקה לכל שנת ביטוח.

סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של 15,000 ש"ח.

**בדיקות דימות כגון:**

CT CARDIAC סריקה של הלב בסורק חדשני 64 פרוסות

המאפשר אבחון מדויק ומהיר של הצרויות בעורקי הלב- מבלי להחדיר צנתר. אבולוציות AF - לטיפול בהפרעות קצב.

קולונוסקופיה וירטואלית.

חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה -

חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום לבעיה הספציפית של הפענוח.

שירות רדיולוג פרטי -

בחירת רדיולוג מומחה בתת תחום של בדיקות הדימות, פענוח הבדיקה, שיחת ייעוץ אישית במהלכה יוסברו התוצאות ושיחה של הרדיולוג עם הרופא המפנה.

קפסולה למעינים - קפסולת וידאו לבדיקת המעינים הדקים

Capsule Wireless Endoscopy

C.T PET - positron emission tomography

הדמיית בלוטות ממוחשבת לרבות מיפוי בלוטות הלימפה.

תהודה מגנטית פונקציונלית - FMRI (Functional Imaging Magnetic Resonance)

בדיקות גסטרואנטרולוגיות לילדים בהרדמה כללית -

הבדיקות כוללות בדיקות כגון: בדיקות אנדוסקופיות, גסטרוסקופיה, קולונוסקופיה ופוליפקטומיות בהרדמה.

טיפול ביוז רדיואקטיבי בין היתר (אך לא רק) לחולי סרטן לרבות בבלוטת התריס - יוז רדיואקטיבי הניתן בקפסולה דרך הפה ו/או בדרכים אחרות. מיפוי לאבחון מחלת פרקינסון.

בדיקת גסטרוסקופיה, בדיקת קולונוסקופיה, בדיקת ברוכונוסקופיה.

### 1.3. **בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון -**

מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטינים.

החברה תשלם 75% מההוצאות שנשא המבוטח בפועל ועד 3,514 ש"ח לכל תקופת הביטוח.

### 1.4. **טיפולים/ יעוצים אונקולוגיים -**

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין הוצאות בהן נשא בפועל עבור יעוצים אונקולוגיים ו/או טיפולים אונקולוגיים כגון אך לא רק: טיפולי רדיותרפיה, ו/או כימותרפיה ו/או הפירטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרו מגנטיים, וזאת עד 100,000 ש"ח לכל שנת ביטוח.

### 1.5. **טיפולי ושירותי הפריה -**

(א) החברה המבטחת תשלם למבוטח/ת בגין ההוצאות בהן נשאה/ה בפועל בגין טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה וכן כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת או בת זוגו של המבוטח תיכנס להריון או הריונות ו/או תחזיק הריון ו/או שמירה על ההריון ו/או הגדלת הסיכוי לעובר בריא, לרבות בדיקות PGD, ועד לסך של 10,040 ש"ח לכל סדרת טיפולים ולכל היותר עד 5 סדרות. יובהר כי הכיסוי לטיפולי הפריה יינתן למבוטחים בפוליסה בלבד.

(ב) בנוסף עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו במבוטחת או בבת זוגו של המבוטח בחו"ל - השתתפות החברה המבטחת תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 20,080 ש"ח. המבוטחת או המבוטח עבור בת זוגו יהיו זכאים לטיפול אחד בחו"ל (לכל אחד, במידת הצורך) לרבות טיפול הכולל השתלת ביציות, בכל תקופת הביטוח. כולל תרומת ביצית וכל ההוצאות הנלוות הכרוכות בתהליך זה. יובהר כי הכיסוי לטיפולי הפריה יינתן למבוטחים בפוליסה בלבד.

(ג) מימון לשירותי פונדקאות - החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מהסכום ששולם בפועל תמורת תשלום שירותי פונדקאות עד 70,000 ש"ח ובכפוף לאמור בסעיף 38 בפרק ההגדרות לעיל. יובהר כי סעיף זה יחול גם על בני זוג מאותו המין. בנוסף, המבטח ישתתף וישפה את המבוטח בגין 80% מההוצאה שהוצאה בפועל עבור בדיקות היריון ע"פ סעיף 1.6 להלן וע"פ התקרות הנקובות בסעיף 1.6 להלן, אשר בוצעו באם פונדקאית.

(ד) שמירת זרע ו/או שמירת ביציות לטווח ארוך - לרבות אך לא רק, בשיטת וטרי פיקציה וזאת עד 40,000 ש"ח ובכפוף לאמור בסעיף 44 בפרק ההגדרות לעיל.

### 1.6. **בדיקות ושירותים לנשים בהריון:**

1.6.1. החברה המבטחת תשלם תגמולי ביטוח בעבור בדיקות לנשים בהריון כגון אך לא רק: בדיקה וסריקה על קולית מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת (סקירה מוקדמת ו/או סקירה מאוחרת), בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או ססי שליה, בדיקת חלבון עוברי, מוניטור ביתי לניטור היריון בסיכון גבוה, בדיקת צ'יפ גנטי, בדיקת NIPT (ו/או כל בדיקת דם אחרת אשר תתווסף/ תחליף את בדיקת מי השפיר), בדיקת PGD ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון.

- 1.6.2. השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור ההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-4,000 ש"ח עבור כל הבדיקות יחד בכל היריון.
- 1.6.3. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 8,000 ש"ח לכל היריון.
- 1.6.4. תוספת לבדיקת מי שפיר- צ"פ גנטי. החברה המבטח תישא בסכום ביטוח נוסף של 3,000 ש"ח בגין סעיף זה.

### 1.7. ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי -

המבוטחים בפוליסה יהיו זכאים לאבחון גנטי טרום לידתי, כדוגמת הבדיקות המפורטות להלן.

סכום הביטוח המרבי יהיה 75% אך לא יותר מ-2,108 ש"ח מההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל כיסויו זה יינתן לכל הריון פעם אחת בלבד.

### הבדיקות הגנטיות הינן כגון בדיקות אלו:

- סיסטיק פיברוזיס (CF)
- X-שביר (Fragile-X)
- גושה (Gaucher)
- קאנוואן (Canavan)
- פנקוני אנמיה ((Fanconi Anemia
- תסמונת בלום (Bloom)
- המופיליה
- אשר (Usher)
- דיסאוטונומיה משפחתית (Familial Disautonomia)
- מוקוליפידוזיס מסוג 4 (Mucopolipidosis type 4-ML4)
- אטקסיה (Ataxia Telangiectasia A-T)
- ניימן פיק (Niemann-Pick)
- חוסר אלפא 1 אנטיטריפסין ( $\alpha 1$ -Antitrypsin Deficiency)
- אגירת גליקוגן (Glycogen Storage)
- חרשות (קונקסין)
- מייפל סירופ (MSUD)
- טיי זקס
- 3 F.I.S.H. כרומוזומים
- 5 F.I.S.H. כרומוזומים
- קוסטרף
- Nemaline myopathy
- A1AT

■ חרשות לא-סינדרומית מסוג DFNB1

■ Spinal Muscular Atrophy

■ GSD1

■ MCN

■ SMA

■ תסמונת רט

■ גן פרטינגטון

1.8 הפסקות הריון באמצעות גולת מייפיגין, לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 3,569 ש"ם (כולל עלות הוועדה).

1.9 שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי:

החברה המבטחת תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס ו/או היטס רפואי עבור העברתו של המבוטח לבי"ח ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך קבלת טיפול או שירות רפואי, ללא מגבלה.

1.10 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:

החברה המבטחת תשלם ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות בגין בדיקה פתולוגית לרבות, אך לא רק, בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות, אך לא רק, בדיקות אימונוהסטוכמיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת ע"י רופא מטעם המבוטח לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח ו/או אופי הטיפול לו הוא נדרש. כמו כן, תכוסה במלואה בדיקה פתולוגית נוספת בישראל או בחו"ל. כיסוי זה יחול גם על בדיקות פתולוגיות המתבצעות שלא לצורך ניתוח.

1.11 הוצאות בגין טיפולים משקמים:

טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום - לאחר ביצוע ניתוח, יינתן כיסוי על פי הוראת רופא מטעם המבוטח לטיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום עד 20 טיפולים לשנת ביטוח ועד לסך של 301 ש"ם לטיפול.

1.12 מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS:

מבוטח אשר חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 180,718 ש"ם ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח, ובמקרה של מבוטח קיים, בטרם תחילת הביטוח הקודם.

1.13 מענק חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B:

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי על סך 72,287 ש"ם ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן שאינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח, ובמקרה של מבוטח קיים, בטרם תחילת הביטוח הקודם.

1.14 ימי החלמה:

בכל מקרה של אירוע רפואי המחייב החלמה, תשתתף החברה המבטחת בהוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לאירוע כאמור עד לסך של 853 ש"ם לכל יום החלמה בבית החלמה המוכר על ידי משרד הבריאות, ולתקופה שלא תעלה על שנים עשר (12) ימי החלמה, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח, בכפוף להצגת חשבוניות או העתקן.



### 1.15. מוות כתוצאה מניתוח:

במקרה מות המבוטח במהלך ו/או כתוצאה מניתוח המכוסה על פי פוליסה זו וכן נספח ג' לפוליסה זו, ובתוך 7 יממות מביצוע הניתוח, תשלם החברה המבטחת סכום פיצוי חד פעמי בסך 90,359 ₪. הפיצוי ישולם למי שהמבוטח קבע ובאין קביעה כזו ליורשיו החוקיים.

### 1.16. טיפול ע"י מקרופאגים:

טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת. כיסוי בעת שהייה בבי"ח ו/או בבית החלמה ו/או בבית. עד לסך של 10,040 ₪ למקרה.

### 1.17. החזר הוצאות:

החזר הוצאות בגין שכירת וטלויזיה למאושפז/ת וזאת עד ל-14 ימי אשפוז והחל מהיום השני בלבד. כל זאת עד לסך כולל של 602 ₪.

### 1.18. התייעצות עם רופאים מומחים במקרה גילוי מחלה קשה:

המבוטח יהיה זכאי, במקרה גילוי מחלה קשה: סרטן, אי ספיקת כליות, שבץ מוחי, התקף לב, עיוורון או נכות להחזר להתייעצות עם רופא מומחה בתחום עד לסך של 1,205 ₪ לשנת ביטוח.

### 1.19. אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה

ילד שהנו מבוטח יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי ו/או מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי, אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA, MOXO, BRC ומבחנים/ מבדקים עד 3 פגישות ועד לסכום בסך 2,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובכפוף לאמור בסעיף 44 בפרק ההגדרות לעיל.  
החזר הוצאות בגין כל הסעיפים המפורטים לעיל יינתן כנגד קבלות.

### 1.20. טיפול בבעיות התפתחות בילדים

החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות בילד אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה להתפתחות הילד מטעם המבוטח, אצל ילד מבוטח. במידה ורופא מומחה להתפתחות הילד אינו רלוונטי למקרה, ניתן להביא הפניה מנוירולוג מטעם המבוטח או פסיכיאטר מטעם המבוטח, לפי העניין, החייבות טיפול ע"י אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג.

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות כאמור לעיל בשיעור של עד 80% מעלות הטיפול אך לא יותר מ-120 ₪ לטיפול ולא יותר מ-20 טיפולים סה"כ בשנת ביטוח.

### 1.21. טיפולים פיזיותרפיים/ הידרותרפיים/ ריפוי בעיסוק/ טיפול שיקומי אחר

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי פיזיותרפיה/ הידרותרפיה/ ריפוי בעיסוק/ טיפול שיקומי, ולא יותר מ-4,500 ₪ לכל שנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

### 1.22. אחות פרטי החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן המבוטח בפועל

להעסקת אחות פרטית לצורך שמירה על המבוטח לאו דווקא בקשר לניתוח (להלן השמירה הפרטית) עד 1,200 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על ארבעה עשר (14) ימים. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות לחברה המבטחת או לחילופין, הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית.

### 1.23. השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים:

החברה המבטחת תשפה את המבוטח עבור הוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין רכישת אביזר רפואי, לו נזקק המבוטח עקב מצב רפואי המצריך שימוש באותו אביזר רפואי, עפ"י הפניה מפורטת בכתב מרופא מומחה מטעם המבוטח.

כדוגמת המפורט אך לא רק:

מערת CPAP, מכשיר אלקטרוני ליישור הגב, מכשיר BPAP, מכשיר הנשמה, חבישות לחץ, מכשיר שמיעה, מכשיר TNS, תותב לאין אונות, פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, רצועות/ מכשיר לאבדוקציה לתינוקות, משאבת אינסולין וסד גבס, חגורת בקע, חגורה מתקנת, גלוקומטר (מכשיר למדידת סוכר), מקלונים לבדיקת סוכר, פרוטזה חיצונית לשד, תומכים ומגנים לצוואר ולכתף, גרביים אלסטיות, חגורה אורתופדית, עזרי הליכה כגון, אך לא רק: מקל הליכה, טריפוד, קוודרפוד, קביים מכל הסוגים, נעליים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים כגון, אך לא רק: חולי סכרת הסובלים מנמק או חוסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.

משקפיים יכוסו בתנאי שמדובר במחלות: קרטקונוס, קוצר/ רוחק ראייה מעל 7, קוצר/ רוחק ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד), כמו כן, משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים. **יובהר כי בסעיף זה לא יכוסו מדרסים ומכשירי לחץ דם.**

המבוטח יהיה זכאי להחזר של 80% מהוצאותיו בפועל ועד תקרה של 10,000 ₪ לכל שנת ביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים.

### 1.24. שיקום הדיבור /או הראיה /או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי /או טיפול ב-amblyopia:

החברה המבטחת תשתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה 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 וזאת עד 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.25. **זריקות לצורך רפואי וכן הזרקת חומרי סיכון למפרקים /או לעמוד השדרה כגון: אורטוקין, חומצה הילארונית, וולטרן, קורטיזון, אפיידורל, בוטוקס רפואי והזרקות PRP:** החברה המבטחת תשלם ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכון לרבות למפרקים /או לעמוד לשדרה לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 4,000 ₪ לשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל בכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

### 1.26. טיפול בתא לחץ:

המבטח ישתתף וישפה את המבוטח בגין טיפול בתא לחץ ובכפוף להפניה כתובה של רופא מטעם המבוטח ועד לתקרה של 20,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להצגת קבלות.

### 1.27. טיפולים בכאב לרבות הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא-

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (ככל וקיימים) ועל תמורת טיפולים בכאב כגון הזרקות ממוקדות ואחרות כולל תחת שיקוף או CT או MRI, שימור בקנביס רפואי אשר אושר לשימוש למבוטח על ידי משרד הבריאות וכל זאת על פי הוראת רופא מומחה מטעם המבוטח וזאת עד לסכום של 6,000 ₪ בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. למען הסר ספק, הטיפולים אינם כוללים טיפולים מתחום

הרפואה המשלימה. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

#### 1.28. הדפסת איברים:

המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים/ים להמחשה, הנדרשים/ים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי, ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס. מבוטח ישופה כנגד חשבונית/קבלה בסך 2,000 ₪ עבור הדמיית תלת מימד, 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ו-15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח. והכל בהשתתפות עצמית של 10% ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

#### 1.29. שימוש ברובוט לצורך רפואי:

עבר המבוטח טיפול רפואי חודרני באמצעות רובוט, ישופה על ידי המבטח כנגד חשבונית מס/קבלה בסך של 40% מעלות הטיפול שניתן למבוטח. מובהר כי טיפול שישולם במלואו במסגרת הפוליסה בפרק אחר לא יכוסה בפרק זה ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.

#### 1.30. הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלה רשתית:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (ככל וקיימים), עד סכום מרבי של 2,000 ₪ לשנת ביטוח ולא יותר מ-10,000 ₪ לסדרת הזרקות ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

#### 1.31. טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חולייתיים ורקמות רכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (ככל וקיימים), עד סכום מרבי של 5,500 ₪ לשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

#### 1.32. הזרקות לטיפול בהזעת יתר:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (ככל וקיימים), עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לשנת ביטוח. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

1.33. הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או יפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (ככל וקיימים) עד סכום מרבי של 5,000 ₪ לשנת ביטוח. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

1.34. בגין סעיפים 1.33, 1.30, 1.25 ו-1.27 מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח או דרך הסעיף הרלוונטי המטיב עבור המבוטח.

1.35. **תקופת אכשרה:** בגין סעיפים 1.6-1.5 תחול תקופת אכשרה של 6 חודשים. למען הסר ספק, לא חל על כל המבוטחים הקיימים כהגדרתם עפ"י סעיף 3 א', ד' ו-28 בפרק ההגדרות בפוליסה.

1.36. למען הסר ספק, בכל סעיף בפוליסה בו קיימת זכות נוספת לכיסוי שקיים בפרק זה, הכיסוי יינתן בנוסף לכיסוי הניתן בפרק זה.

1.37. הסמכות הקובעת את הזכאות בכל פרק זה, הינה רופא מטעם המבוטח.

1.38. **החזר השתתפות עצמית:**

בחר המבוטח לקבל את השירות הרפואי או השיפוי בגינו מקופת חולים ו/או מתוכנית שב"ן ו/או מחברת ביטוח אחרת ו/או מפוליסה אחרת שברשותו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את גובה ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו לקופת חולים ו/או השב"ן ו/או חברת הביטוח האחרת ו/או הפוליסה האחרת (לפי העניין) במקרה זה, ישלים השיפוי שיינתן למבוטח ע"י החברה המבטחת עד לשיעור של 100% מההוצאה בה נשא המבוטח ועד לסכומים המרביים הנקובים בסעיפים לעיל.

## **פרק ה': חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל**

### **1. מקרה הביטוח**

מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית נוספת בכל תחום רפואי.

### **2. הכיסוי**

הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות.

### **3. סכום הביטוח**

השיפוי בגין חוות דעת שנייה שניתנה על ידי רופא / רופאים מחו"ל יהא 7,229 ש"ח, כמו כן, יינתן שיפוי מלא במקרה של פניה לאחת החברות עמה קשורה החברה המבטחת.

### **4. כיסוי לבדיקות המבוצעות בחו"ל**

הכיסוי יכלול את עלות הבדיקה, עלות שליחתה לחו"ל, פענוח הבדיקה, קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות וחוות דעת. השיפוי בגין עלות הבדיקות, עלות שליחתן לחו"ל, פענוח הבדיקות וחוות הדעת יהא 20,000 ש"ח ובהשתתפות עצמית של 20%.

## פרק ו': רפואה משלימה

- 1.1. "אקופונקטורה" - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
  - 1.2. "רפלקסולוגיה" - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
  - 1.3. "שיאצו" - לחיצה ועיסוי, בעיקר ע"י אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף.
  - 1.4. "אוסטיאופתיה" - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
  - 1.5. "כירופרקטיקה" - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
  - 1.6. "הומיאופתיה" - ייעוץ לטיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
  - 1.7. "פלדנקרייז" - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
  - 1.8. "ביו פידבק" - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
  - 1.9. "נטורופתיה" - טיפול בגוף בשיטות טבעיות מותאמות באופן אישי לכל מטופל.
  - 1.10. "שיטת פאולה" - טיפול המבוסס על הפעלת השרירים הטבעיים.
  - 1.11. "שיטת אלכסנדר" - טיפול בעזרת הקניית הרגלי יציבה ותנועה נכונים.
  - 1.12. "טווינא" - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מס' רקמות עמוק.
  - 1.13. רפואה סינית - גישה טיפולית המשלבת מספר שיטות סיניות בתוכנית הטיפול וביניהן: דיקור, שיאצו, רפלקסולוגיה, טווינא וצמחי מרפא.
  - 1.14. ייעוץ דיאטטי - התאמה אישית של תוכנית תזונה למבוטח.
  - 1.15. היפנוזה - טיפול בטכניקה המביאה לשינוי מבוקר בקשב.
  - 1.16. דמיון מודרך לחולי סרטן.
  - 1.17. שיטת שניידר
  - 1.18. חדר מלח
- רשימה זו אינה רשימה סגורה, כל טיפול רלוונטי נוסף ו/או מקביל יכוסה.

### 2. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח:

**אצל נותן שירות שבהסכם - המבוטח ישלם ישירות לנותן השירות שביצע את השירות בפועל, דמי שירות בסכום השווה ל-20% ממחיר השירות שניתן לו עפ"י מחירון מרפאת ההסדר ללקוחות פרטיים, אך לא יותר מ-80 ש"ח כולל מע"מ, לכל טיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח.**

**אצל נותן שירות שאינו בהסכם - סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 80% מההוצאה ועד 151 ש"ח לכל טיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח.**

# פרק ז': כתב שירות - מרכז פרטי לאבחון רפואי מהיר

## 1. הגדרות

אם צוין בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה הינו בתוקף, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן. בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.

- 1.1. **"ספק השירות"** - אנשי הצוות הרפואי, המעבדות, המכונים, האמצעים הטכנולוגיים ועובדי הגוף עימם התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.
- 1.2. **"המבטח או חברת הביטוח"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.3. **"מנוי"** - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה, אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
- 1.4. **"ילד"** - ילד כמוגדר בתנאי הפוליסה אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי/ה.
- 1.5. **"תכנית הביטוח"** - תכנית ביטוח של המבטח, אליה נלווה כתב שירות זה, כל עוד כתב השירות בתוקף (כמפורט בסעיף 7 להלן).
- 1.6. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
- 1.7. **"רופא"** - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.
- 1.8. **"רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.
- 1.9. **"רופא ממיין"** - רופא מומחה עמו התקשר ספק השירות בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
- 1.10. **"מוקד השירות"** - שירות טלפוני הפעיל בכל ימות השנה (למעט בשבת, ערבי שבת וחג), עד השעה 19:00, שיפעיל הספק עבור המנויים לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה.

## מספר הטלפון של מוקד השירות של ספק השירות עבור מנוי הראל הוא: 159-9-50-30-60

- 1.11. **"בדיקות רפואיות אבחנתיות"** - בדיקות המבוצעות אצל ספק השירות למנוי במסגרת תהליך אבחון המבוצע מכוח כתב שירות זה, כגון בדיקות פיסיולוגיות, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה למעט הבדיקות המוזכרות בסעיף 3 להלן.
- 1.12. **"תהליך אבחון (Diagnosis)"** - תהליך רפואי שעובר מנוי כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה, על פי סימנים ותסמינים, באמצעות רופא מומחה ובדיקות רפואיות אבחנתיות.
- 1.13. **"אשפוז"** - שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, לפחות 24 שעות ברציפות, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז, למעט מחלקות שיקום.
- 1.14. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי ממועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי המנוי, ומסתיימת בתום 60 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 שירות בלתי רצופות. **הספק לא ייספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה.**

- 1.15. **"השתתפות עצמית"** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו על מנת לקבל שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק לפי קביעת הספק ובשום מקרה ואופן לא באמצעות החברה.
- 1.16. **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.17. **"מדד הבסיס"** - כמפורט בפוליסה.
- 1.18. **"חג"** - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

## 2. שירות אבחון

### 2.1. השירות

2.1.1. המנוי יהא זכאי לתהליך אבחון כמפורט להלן:

2.1.1.1. נזקק מנוי לשירות על פי כתב שירות זה, יפנה למוקד השירות ויזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות שלו ופרטים אישיים נוספים כפי שיידרש. נציג השירות יקבע למנוי תור לתחילת תהליך אבחון בסיסי כמפורט בסעיף 2.1.1.6. להלן כך שתהליך האבחון האמור יתקיים תוך **3 ימי עבודה** ממועד פנייתו של המנוי. לקבלת השירות על פי ס"ק זה על המנוי לשלם **השתתפות עצמית בסך של 180 ₪.**

2.1.1.2. **שיחה טלפונית עם רופא:** בנוסף לאמור לעיל, מנוי המעוניין בשיחה טלפונית עם הרופא הממין, יעביר לספק השירות את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים ככל שיש כאלה. לאחר קבלת המסמכים הרפואיים, הרופא הממין ישוחח עם המנוי טלפונית **תוך יום עבודה אחד** ממועד קבלת המסמכים. יובהר כי במקרה זה, על המנוי לשלם בגין השיחה **השתתפות עצמית בסך 100 ₪.** יובהר כי, במקרה ששילם המנוי השתתפות עצמית כאמור לעיל, יובצע תהליך אבחון בסיסי כמפורט בסעיף 2.1.1.6. להלן, סך ההשתתפות העצמית בגין קבלת השירות על פי סעיף זה וסעיף 2.1.1.6 תהיה 180 ₪.

2.1.1.3. **השירותים נשוא כתב שירות זה יינתנו אצל ספק השירות בלבד במתקנים אשר ייעודו לכך על ידי ספק השירות.**

2.1.1.4. מנוי אשר זומן על ידי ספק השירות לביצוע תהליך אבחון יתייצב במקום ובשעה המיועדים, כפי שנמסרו לו במהלך הזימון ויביא עמו את המסמכים הרפואיים הרלוונטיים.

2.1.1.5. מנוי אשר זומן לתהליך אבחון יהא זכאי לביצוע כל הבדיקות הנדרשות המבוצעות אצל ספק השירות, כפי שייקבעו על פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הממין מטעם ספק השירות, לשם אבחון הבעיה הרפואית בגינה פנה לקבלת השירות.

יובהר, שאם במהלך תהליך האבחון תימצא בעיה רפואית ו/או מחלה ו/או הפרעה נוספת על זו שבגינה פנה המנוי לקבלת השירות, יבצע ספק השירות תהליך אבחון לבעיה /ואו המחלה ו/או ההפרעה הנוספת וכל תהליכי האבחון אשר יבוצעו במסגרת אותה פניה יחשבו כתהליך אבחון אחד לכל דבר ועניין.

2.1.1.6. **תהליך אבחון בסיסי** - במסגרת תהליך האבחון יהא המנוי זכאי לפגישה ראשונית עם רופא ממין אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת



תהליך האבחון. בדיקות אלו ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות בסמוך למועד הפגישה הראשונית כאמור לעיל. בסיום הבדיקות ימסור הרופא הממייין דו"ח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון. כאמור בסעיף 2.1.1.1 לעיל, **על המנוי לשלם בגין תהליך האבחון המתואר בסעיף זה לעיל השתתפות עצמית בסך 180 ₪.**

2.1.1.7 **תהליך אבחון מקיף** - במידת הצורך על פי המצב הרפואי של המנוי ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הממייין, ובטרם הסתיים תהליך האבחון, יופנה המנוי לבדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות לאלו המפורטות בסעיף 2.1.1.6 לעיל. בדיקות הדמיה: CT, MRI, ממוגרפיה, מיפויים, CT PET, ביופסיות בשד. בדיקות אלו ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות תוך 3 ימי עבודה. בדיקות פולשניות אחרות יתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות תוך 7 ימי עבודה. במקרה זה יתייעץ הרופא הממייין עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי בנוגע למצב הרפואי של המנוי ובסיום הבדיקות וההתייעצות ימסור הרופא הממייין דו"ח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון. **על המנוי לשלם בגין תהליך האבחון המתואר בסעיף זה לעיל השתתפות עצמית בסך 500 ₪ במצטבר.** (יובהר כי במקרה זה לא תיגבה השתתפות עצמית נוספת וסך זה הנו כולל גם את השירות כאמור בסעיף 2.1.1.6 לעיל).

2.1.1.8 **אבחון גניקולוגי** - בנוסף לאמור בסעיפים 2.1.1.6-2.1.1.7 לעיל, במקרה של צורך באבחון מצבי תחלואה בתחום הגניקולוגיה, הרופא הממייין יהיה רופא מומחה בתחום הגניקולוגיה. ההשתתפות העצמית במקרה זה תהיה כמפורט להלן:  
לתהליך אבחון גניקולוגי על פי סעיף 2.1.1.6 לעיל: סך של 300 ₪.  
לתהליך אבחון גניקולוגי על פי סעיף 2.1.1.7 לעיל: סך של 700 ₪ במצטבר. (יובהר כי במקרה זה לא תיגבה השתתפות עצמית נוספת וסך זה הנו כולל גם את השירות כאמור בסעיף 2.1.1.6 לעיל).

#### 2.1.1.9 **בדיקות עבור ילד מנוי עד גיל 14**

למרות האמור בסעיפים 2.1.1.6-2.1.1.8 לעיל, במקרה של צורך באבחון ילד מנוי עד גיל 14, יבוצעו כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות לשם אבחון מצבו הרפואי של המנוי תוך פרק הזמן הנקוב בסעיפים האמורים לעיל, ובהתאם להפניית רופא מומחה שיציג המנוי. **יובהר כי במסגרת כתב שירות זה, לא יתקיים תהליך אבחון על ידי רופא ממייין או רופא מומחה מטעם ספק השירות ולא יינתן דו"ח אבחון לילד מנוי עד גיל 14, אלא אפשרות לביצוע בלבד של הבדיקות האבחנתיות הדרושות על פי הפניית רופא מומחה שיציג המנוי. על המנוי לשלם בגין השירות על פי ס"ק זה השתתפות עצמית בסך 150 ₪.**

2.1.1.10 בתום תהליך האבחון יספק ספק השירות למנוי העתקים של תוצאות הבדיקות הרפואיות האבחנתיות, והרשומות הרפואיות שנערכו במסגרת תהליך האבחון. במידת האפשר, תוצאות בדיקות הדמיה יסופקו למנוי על גבי מדיה ממוחשבת.

2.1.1.11 ספק השירות יפעל, בכפוף לאילוצים ושיקולים רפואיים, לרכז את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות במסגרת תהליך האבחון במספר ימים מצומצם כמפורט בסעיפים לעיל. ספק

השירות יפעל לביצוע בדיקות שאינן מחייבות הכנה מוקדמת (צום, נטילת תרופות וכיו"ב) במסגרת יום אחד, בכפוף לאילוצים רפואיים. בדיקות המחייבות הכנה מוקדמת יבוצעו במועד שייקבע בין ספק השירות למנוי ובכל מקרה תוך הזמן המפורט בסעיפים 2.1.1.6-2.1.1.7 לעיל.

#### 2.1.1.12. אשפוז בחדר פרטי אצל ספק השירות במהלך בדיקות אבחון

או לאחר ניתוח - במקרה של ביצוע בדיקה במסגרת תהליך האבחון או ניתוח אצל ספק השירות, אשר בעקבותיהם נזקק המנוי לאשפוז, יהיה זכאי המנוי למימון הוצאות האשפוז בחדר פרטי בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מההוצאה בפועל ולא יותר מסך השתתפות עצמית של 200 ש"ח ליום.

#### 2.1.1.13. ספק השירות יפעל להשלים את תהליך האבחון וגיבוש המסקנות

תוך מספר הימים הקטן ביותר, בכפוף לאילוצים רפואיים. בכל מקרה לא תעלה התקופה על 3 ימי עבודה ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת.

2.2. ספק השירות מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף 2.1 לעיל.

### 3. חריגים

- 3.1. השירות לא יכלול שירות רפואי שאינו בדיקות רפואיות אבחנתיות בלבד.
- 3.2. השירות לא יכלול טיפול רפואי או טיפול תרופתי מכל סוג שהוא.
- 3.3. השירות לא יכלול אבחון פסיכיאטרי ו/או הפרעות נפש ו/או מחלות נפש.
- 3.4. השירות לא יכלול בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז.
- 3.5. השירות לא יכלול אבחון מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים, פה ולסת.
- 3.6. יובהר כי לא יתבצע תהליך אבחון ולא יינתנו שירותים על פי כתב שירות זה ללא תאום מראש עם מוקד השירות. כן יובהר כי השירותים בגין כתב שירות זה, אינם באים במקום פנייה לחדר מיון בהתאם לצורך הרפואי.
- 3.7. השירות לא יכלול בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להיריון ו/או לידה, פרוין ו/או עקרות.
- 3.8. במסגרת כתב שירות זה, לא יתקיים תהליך אבחון על ידי רופא ממיין או רופא מומחה מטעם ספק השירות ולא יינתן דו"ח אבחון לילד מנוי עד גיל 14.

### 4. כללי

- 4.1. הזכות לקבלת השירות על-פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר. קבלת השירות מותנית בהצגת תעודה מזהה לשביעות רצון ספק השירות.
- 4.2. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות.
- 4.3. בכל ענין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות.
- 4.4. המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו, במספר הטלפון של ביתו.
- 4.5. בשבת, בערבי שבת וחג וכל יום לאחר השעה 19:00 לא תתקיים פעילות שירות אבחון.
- 4.6. במקרה שפעילות ספק השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע כתוצאה מפעולות מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, פעולות טרור, איתני הטבע, רעידות אדמה,

כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת ספק השירות, יהיו תנאי כתב השירות או כל חלק מהם שספק השירות לא יהא מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני ספק השירות יפגע, יושהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך אותה תקופה.

4.7. **יובהר כי המבטח לא יהא אחראי על הוצאות שהוציא המנוי, החורגות מהשירות המפורט בכתב שירות.**

## 5. השתתפות עצמית והפרמיה

5.1. המנוי ישלם השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 2 לעיל, עבור כל תהליך אבחון.

התשלום יכלול למנוי את הזכאות למפורט להלן:

5.1.1. מפגש ראשוני עם רופא ממיין.

5.1.2. כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות לשם אבחון מצבו הרפואי של המנוי, על פי סוג האבחון המפורט לעיל (בסיסי ומקיף) כפי שיקבעו על ידי רופא ממיין במהלך המפגש הראשוני, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי.

5.1.3. דו"ח אבחון ושיחת סיכום עם רופא ממיין.

5.2. הסכומים האמורים - הפרמיה (לרבות סכומי ההשתתפות העצמית) כוללים מע"מ בשיעור של 17%. היה ויחול שינוי בשיעור המע"מ, ישתנו סכומים אלה בהתאם.

5.3. במקרה שהמבוטח מבוטח בנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים בחברה הכוללת כיסוי לקבלת חוות דעת רפואית, יהיה רשאי המבוטח לקבל החזר בגין ההשתתפות העצמית על פי כתב שירות זה, על פי התנאים הנקובים בנספח האמור.

5.4. **במקרה שהמנוי קיבל התחייבות מקופת החולים בה הוא חבר, למימון בדיקות הדרושות לתהליך האבחון כמפורט בסעיף 2.1.1.7 לעיל, תופחת ההשתתפות העצמית בהתאם, אך בכל מקרה ישלם המנוי השתתפות עצמית שלא תפחת מ-180 ₪.**

5.5. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא ספק השירות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

## 6. תקופת תוקפו של כתב השירות

6.1. לעניין תוקפו של כתב השירות יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה ובהתאם להוראות הדיון. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל את כתב השירות אם יוחלט על ידיה לבטלו או לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור המפקח על ביטוח. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 90 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.

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

6.3. כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח, אשר כתב השירות מצורף אליה, או שזו תבוטל, ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה.

6.4. הפרמיה וההשתתפות העצמית בגין כתב שירות זה יהיו צמודים למדד הבסיס ויעודכנו אחת לחודש.

6.5. מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על-פי כתב שירות זה. במקרה שהמנוי התחיל בתהליך אבחון נשוא כתב השירות לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את התהליך יושלם התהליך עד סופו.

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

אם צוין בדף פרטי הביטוח וכתב שירות זה הינו בתוקף, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן.  
כתב שירות זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה לה צורף.

### השירות

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

### א. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בציודם:

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

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

### ב. היקף השירותים:

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

#### השירות כולל:

1. מינוי רופא מומחה אשר ישמש כמנהל רפואי אישי. המנהל הרפואי האישי יפעיל צוות פרא-רפואי הכולל אחות ועובדת סוציאלית על פי שיקול דעתו.
2. ריכוז וסקירת התיק הרפואי (Intake) כולל הערכה ראשונה של המקרה הרפואי על ידי המנהל הרפואי האישי.
3. פגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי. פגישות אישיות נוספות ייקבעו בהתאם לצורך רפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות לא יעלה על 4 פגישות אלא אם קיים צורך רפואי מהותי אשר מצדיק פגישות נוספות.

4. הפניית התיק הרפואי להתייעצות נוספת על פי צורך ובהחלטת המנהל הרפואי האישי לרופא מומחה בתחום הרלוונטי בארץ או בהעדר ידע או ניסיון מספק בארץ, למומחה בתחום במדינה אחרת בעולם.
  5. מתן מידע אובייקטיבי במהלך הפגישות כאמור התומך בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות ואשר יצוין בדו"ח הרפואי המסכם כמפורט בסעיף 12 להלן.
  6. המלצה לפניה לגורמים רפואיים ופרא רפואיים מתאימים להמשך ייעוץ/טיפול. יובהר כי התשלום בגין ייעוץ/טיפול שהמנוי הופנה אליו על ידי הספק כאמור לעיל, הינו על חשבון המנוי.
  7. שיחות טלפוניות לתיאום עם הגורמים הרפואיים המטפלים במנוי.
  8. ליווי למקרה רפואי על ידי מתאם/ת השירות ו/או הצוות הרפואי והפרא-רפואי.
  9. ייעוץ למנוי במהלך אשפוז ו/או אחריו כולל ביקור באשפוז ו/או ביקור בית לאחר טיפול פולשני/ניתוח על פי צורך ובהתאם לשיקול דעתו הבלעדי של המנהל הרפואי האישי.
  10. ליווי וייעוץ על ידי אחות בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם האחות לא יעלה על 4 פגישות.
  11. ליווי על ידי עובד/ת סוציאלי/ת בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם עובדת סוציאלית לא יעלה על 4 פגישות.
  12. סיכום כל המסמכים הרפואיים לידי דו"ח רפואי מסכם על ידי המנהל הרפואי האישי, הכולל המלצות להמשך טיפול ומעקבים רפואיים, תוך 7 ימים ממועד סיום תקופת השירות בגין המקרה הרפואי.
  13. מוקד שירות טלפוני באמצעותו תיפתח קריאת שירות למנויים ובדיקת השתייכותם לכתב השירות וכן טיפול שוטף בפניות המטופלים. המוקד יפעל 24/7 למקרים דחופים הכוללים קבלת הודעות על שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי ובכלל זה פינוי המנוי לבית חולים ו/או אשפוז.
- עבור כל מקרה רפואי לניהול יישלם המנוי השתתפות עצמית של 380 ₪. המנוי יהיה זכאי לקבל שירותים כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שתיקבע עפ"י הצורך הרפואי ושלא תעלה על 90 יום מיום אישור הזכאות על ידי הממין הראשי כמפורט בפרק ג' להלן. ניתן יהיה להאריך את תקופת השירות האמורה, באישור המנהל הרפואי האישי ובכפוף לאישור הספק במקרים בהם קיים צורך רפואי המחייב הארכה של התקופה. הארכת התקופה תחשב כארכה של אותו מקרה רפואי והמנוי יחויב בדמי השתתפות נוספים בתאום עם המנוי.
- בכל מקרה, המנוי לא יהיה זכאי לקבל שירות לפי כתב שירות זה ליותר מאשר מקרה רפואי אחד במהלך שנת ביטוח. אם במהלך תקופת השירות התגלה מקרה רפואי נוסף ו/או סיבוך של המקרה הרפואי הקיים, ייחשב המקרה כמקרה רפואי אחד.
- יובהר כי בכל מקרה הספק ו/או החברה אינם מחויבים בהתאם לכתב שירות זה להעניק למנוי כל שירות רפואי בפועל או מימונו של שירות רפואי כאמור, בין אם זה נדרש או הומלץ על ידי המנהל הרפואי האישי ובין אם לאו, למעט השירותים המפורטים בסעיף זה לעיל.

#### ג. אופן קבלת השירותים:

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

2. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות למוקד השירות של הספק.
3. נזקק מנוי לשירות על פי כתב שירות זה, יפנה, הוא או נציגו, טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו או ימסור את שם המנוי, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו ופרטים נוספים ככל שיתבקש.
- בהתאם להנחיית נציג השירות יעביר המנוי את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה הרפואי וככל שיש כאלה כמפורט להלן: סיכומי אשפוזים, תוצאות ופיענוחים של בדיקות, סיכומי מחלה, ייעוצים רפואיים, טיפולים, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, תשובות פתולוגיות ו/או כל מסמך רפואי אחר. **קבלת מסמכים אלו הנה תנאי מוקדם למתן השירות כמפורט בכתב שירות זה.** כמו כן, רשאי המנהל הרפואי האישי לבקש מהמנוי מעת לעת העתקי מסמכים רפואיים נוספים.
4. הממין הראשי יבחן את המקרה הרפואי על פי כתב השירות בהסתמך על המסמכים הרפואיים שהתקבלו מהמנוי ויצוות למנוי מנהל רפואי אישי ומתאמת שירות.
5. הודעה על אישור/אי אישור הזכאות לשירות תמסר למנוי לא יאוחר מ-3 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה ע"י הספק.
6. רק לאחר אישור הזכאות לשירות, יבוצע חיוב בפועל של דמי ההשתתפות העצמית.
7. **על המנוי לשלם השתתפות עצמית לצורך קבלת השירות.**
8. משך השירות - בגין מקרה רפואי שאושר, יהיה זכאי המנוי לשירות כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שלא תעלה על 90 יום מיום אישור המקרה על ידי הממין הראשי. קבע המנהל הרפואי האישי כי קיים צורך רפואי להאריך את השירות לתקופה נוספת של 90 יום, יתאפשר הדבר בכפוף לאישור הספק **ובתשלום נוסף וזהה** של השתתפות עצמית.
9. מוקד השירות יהיה פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ערב יום הכיפורים החל מהשעה 14:00 ועד חלוף שעתיים משעת סיום צום יום הכיפורים.
10. לפגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי יגיע המנוי למקום בכוחות עצמו ועל חשבונו.
11. הספק מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף ג' על תת סעיפיו לעיל.
12. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד - **למעט יהודה, שומרון וחבל עזה.**
13. **על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.**

## ד. זכאות לקבלת השירותים

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

### 1. מקרה רפואי ללא אבחנה:

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



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

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

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

### 2.1.1 סרטן (Cancer):

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

### 2.1.1.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

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

BCC חוזר או התפשט לאיברים אחרים.

ב. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת AIDS.

### 2.2 מחלות כבד חריפות או כרוניות:

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

### 2.2.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלת כבד כתוצאה מאלכוהוליזם

ב. אי ספיקת כבד פולמינגנטית (Fulminant Hepatic Failure)

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

### 2.3 מחלות כליות:

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

### 2.4 מחלות גסטרו-אנטרולוגיות כרוניות:

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

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

### 2.5 מחלות לב ומחלות ווסקולאריות כרוניות:

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

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

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

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

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

### הפרוצדורות הפולשניות בהגדרה זו כוללות:

- א. ניתוחי עמוד שדרה כולל טיפול בגידולים של חוט השדרה, פריצות דיסק בעמוד השדרה, ייצוב עמוד שדרה וטיפול בהצרויות בעמוד שדרה.
- ב. רדיוכירורגיה: טיפול בגידולי מוח תוך קרינה ממוקדת.
- ג. ניתוחי היפופיזה.
- ד. ניתוחי מוח שפירים וניתוחי בסיס הגולגולת.
- ה. טיפולים במומי כלי דם ומפרצות מוחיות, טיפולים כירורגיים, טיפולים אנדווסקולאריים, צנתורי מוח.
- ו. ניתוחי אפילפסיה.
- ז. נירוכירורגיה אנדוסקופיה.
- ח. ניתוחים לטיפול בפגיעות ראש ועמוד שדרה.

## 2.7. מחלות אורתופדיות:

2.7.1. קבוצה של מחלות שונות או פגיעות בעצמות, במפרקים, בשרירים ו/או בגידים אשר גורמות לכאב שלא נשלט ע"י טיפול תרופתי ופיזיותרפיה. על תהליך הברור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

### 2.7.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

- א. מחלות אורתופדיות שהמנוי נמצא בטיפול באשפוז בגין פחות מ-21 יום, במועד הפנייה לשירות.
- ב. מצבים רפואיים בתחום האורתופדיה אשר הינם פועל יוצא מחבלה או טראומה וטרם עברו בעת הפניה לשירות לפחות 90 יום מהחבלה ו/או הטראומה.

## 2.8. ניתוחים כירורגיים (פולשניים) חוזרים עקב אי הצלחה בנייתוח ראשון:

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

## 2.9. מחלות דם (מחלות המטולוגיות):

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

## 2.10. מחלות ראומטולוגיות:

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

## 2.11. מחלות מטבוליות:

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

## 2.12. מחלות אנדוקריניות:

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

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

## 2.12.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. סוכרת.

ב. קומה נמוכה.

ג. מחלות אנדוקריניות המשפיעות על הפוריות בלבד.

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

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

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

## מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. ניתוחי כפתורים באוזניים.

ב. ניתוחי נחירות.

ג. ניתוחים למטרות יופי ואסתטיקה.

## 2.14. מחלות עור:

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

### 2.14.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. אקנה.

ב. פטרת עורית (חיצונית).

ג. נשירת שיער.

ד. מחלות מין.

## 2.15. מחלות בתחום הגניקולוגיה והמיילדות:

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

### 2.15.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

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

## 2.16. מחלות אימונולוגיות:

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

### 2.17. מחלות ריאה:

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

### 2.18. מחלות זיהומיות:

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

### 2.19. מחלות עיניים:

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

## 2.20. מחלות יתומות:

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

## 2.21. תחלואה משולבת:

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

## 2.22. מחלות ופרוצדורות בתחום רפואת הילדים:

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

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

ב. מחלות כרוניות בילדים.

ג. מחלות על רקע גנטי.

ד. מומים מולדים.

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

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

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

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

ט. אטופיק דרמטיטיס בדרגה בינונית ומעלה.

## 2.22.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות ריאה ילדים:

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

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

ד. הפרעות קשב וריכוז.

ה. ניתוח כפתורים באוזניים.

ו. ניתוחי בקע - Hernia.

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

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

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

- 2.23.2. מקרה רפואי אינו כולל כל אחד מאלה:  
מצבים רפואיים אשר בעת הפנייה לשירות המנוי הינו מאושפז במצב סיעודי ו/או סופני.
- 2.24. בעיה רפואית הנובעת מסיבוך של ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אשפוז
- 2.25. חריגים כלליים:
- הספק לא יהיה חייב במתן שירות על פי כתב שירות זה במצבים הרפואיים הבאים:
- 2.25.1. השתלת איברים בישראל או בחו"ל.
- 2.25.2. מצבים רפואיים ו/או פרוצדורות הקשורות בפוריות ו/או עקרות למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.
- 2.25.3. מחלות פסיכיאטריות במבוגרים ו/או מחלות נפש.
- 2.25.4. מצבים הקשורים באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה השמנת יתר, למעט ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד.
- 2.25.5. מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים ופה ולסת.
- 2.25.6. טיפול תרופתי מניעתי של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (Aids).
- 2.25.7. מחלת פיברומיאליגיה.
- 2.25.8. מחלת נירופתיות
- 2.25.9. תסמונת עייפות כרונית.
- 2.25.10. עיוורון מוחלט ובלתי הפיך.
- 2.25.11. שבץ מוחי (cva).
- 2.25.12. ורידים ודליות ברגליים.
- 2.25.13. כוויות קשות כשהמנוי נמצא באשפוז במסגרת מוסד רפואי.
- 2.25.14. אלרגיות.
- 2.25.15. חולים הנמצאים במהלך אשפוז של פחות מ-21 ימים רציפים.
- 2.25.16. כל מחלה שאינה מפורטת ברשימת המחלות שפורטו בסעיף ד' לעיל.

## ה. הגבלה

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

## ו. תוקפו של כתב השירות

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

2. מובהר כי המנוי זכאי לבטל את הכתב השירות בכל עת. הביטול יהיה בתוקף ממועד קבלת הודעת המבוטח בחברה. ככל ששולמה על-ידי המבוטח פרמיה בגין כתב השירות בגין התקופה שלאחר הביטול, יוחזר למנוי החלק היחסי של התשלום ששילם בגין התקופה שלאחר ביטול כתב השירות.
3. בנוסף לאמור בתנאים הכלליים של הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה, תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
  - 3.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא.
  - 3.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד, בהתאם לחוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
4. במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר למתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מחויב הספק להשלים מתן שירותים נשוא כתב שירות זה, למנויים אשר נמצאים במהלך תקופת השירות ולא יותר משלושה חודשי שירות כולל תקופת ההודעה מראש למנויים על הפסקת השירות.
5. מובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים נשואי כתב שירות זה. מנוי שהתחיל בקבלת שירות נשואי כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלים, תפקע זכותו לאחר סיום השלמת השרות.

## ז. תנאי הצמדה

1. כל התשלומים על-פי כתב שירות זה, לרבות דמי המנוי צמודים למדד באופן שאם המדד החדש יעלה על מדד הבסיס, יגדל התשלום בשיעור עליית המדד החדש לעומת מדד הבסיס. אם המדד החדש ירד, יקטן התשלום כאמור בהתאמה.
  - 1.1. "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן כולל פירות וירקות המתפרסם מדי פעם בפעם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וכולל אותו מדד אף אם יתפרסם ע"י כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיתפרסם על ידי גוף או מוסד כאמור ואותו גוף או מוסד לא קבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, יקבע היחס האמור ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
  - 1.2. "מדד החדש" - משמעו המדד הידוע ביום התשלום.
2. סכום דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח. הסכום הנ"ל צמוד למדד הבסיס ויעודכן אחת לחודש.

## ח. שונות

1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
2. הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטחת, ייחשבו כהודעות שנמסרו למנויים.
3. המנוי והחברה מתחייבים להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם.

## **פרק ט': ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה**

בקרות פרוצדורה רפואית המפורטת להלן תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן:

1. הזרקות לעמוד השדרה שבוצעו אלקטיבית או במהלך אשפוז, למעט הזרקה אפידורלית במהלך לידה - עד לסך של 10,040 ₪ לכל שנת ביטוח.
2. צנתור לטיפול בהידרוצלה ו/או וריקוצלה וניתוח להפרדת הידבקויות תוך רחמיות.
3. תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI.



## פרק י': שיפוי בגין גילוי מחלה קשה

הכיסוי לפרק זה יינתן למבוטחים שהינם עובדים אצל בעל הפוליסה בלבד

המבטח ישפה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה.

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

2. **מועד קרות מקרה הביטוח** הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3. **להלן פירוט המחלות הקשות המבוטחות:**

3.1.1. **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 כליה.

3.1.2. **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, המתויר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;

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

4. צהבת, מעמיקה.

3.1.3. **מחלת כבד סופנית (שחמת) - (cirrhosis) (terminal liver disease)**

מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

5. צהבת.

6. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות.

7. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית.

8. אנצפלופתיה כבדית.

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

3.1.4. **השתלת אברים**

(organ transplantation) **לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מוח עצמות**

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 השלת איברים, התשס"ח-2008, וכן בתנאי שנטילת האיבר והשתלת האיבר נעשתה על פי הדין החל באותה מדינה בה בוצעה ההשתלה וכי מתקיימות הוראות החוק לעניין סחר באיברים.

### 3.1.5. טרשת נפוצה

(MULTIPLE SCLEROSIS)

דמיאליניזציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תיקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאליניזציה (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.

### 3.1.6. 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, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.

### 3.1.7. 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.

### 3.1.8. ניוון שרירים מסוג (ALSAMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS)

עדות לפגיעה משולבת בנוירון 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.

### 3.1.9. 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 מח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות (glasgow COMA SCALE).

### 3.1.10. 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 הסגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 17-1-2015

הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

### 3.1.11. דלקת חיידקית 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 5-5-2013.

מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

### 3.1.12. מחלת ריאות חסימתית כרונית

(CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)

4. מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע, על ידי שני הקריטריונים הבאים:  
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.
5. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

### 3.1.13. 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 או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

### 3.1.14. 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, נידודת, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-2013.

### 3.1.15. מצב רפואי חמור ובלתי הפיך -

המבוטח הנו במצב רפואי חמור ובלתי הפיך וזאת לאחר שנתקבלה חוות דעתו של הרופא המטפל שהנו רופא מומחה, בעוד המבוטח בחיים, כי מוצו הטיפולים הרפואיים המקובלים בישראל, בארה"ב או באירופה, לטיפול להארכת תוחלת החיים במצב הרפואי של המבוטח.

### 3.1.16. סכרת נעורים (יליד עד גיל 18) - (Insulen-Dependent Diabetes Mellitus IDD)

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 הבלב. האבחנה תתבצע על ידי מומחה לאינדוקרינולוגיה המתמחה בילדים ובתנאי שנמשכת לפחות 6 חודשים.

### 3.1.17. 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 להיותך ע"י הקריטריונים הבאים:

3.1.17.1. בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר.

או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.

3.1.17.2. בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 3.1.17.1 לעיל, האבחנה חייבת להיותך על ידי 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.

### 3.1.18. 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.**

### 3.1.19. 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.

### 3.1.20. 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.

### 3.1.21. 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.

### 3.1.22. שבץ מוחי (CVA)

כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), 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.**

### 3.1.23. סרטן (cancer)

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

מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודגיקין.

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 למ"מ 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;

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.

3.1.24. אנמיה אפלסטית חמורה -

(SEVERE APLASTIC ANEMIA)

כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נוטרופניה 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.

3.1.25. 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 ניורולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת ct או mri.

הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרונולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.

3.1.26. שיתוק (פרפליגיה 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).

3.1.27. פוליו (שיתוק ילדים) (poliomyelitis)

שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

3.1.28. 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.

3.1.29. עיוורון (blindness)

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.

3.1.30. כוויות קשות (severe burns)

כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

3.1.31. 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.

3.1.32. חירשות (deafness)

אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

#### 4. סכום הביטוח

- 4.1. בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה, ישפה המבטח את המבוטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 10,040 ₪ עבור הוצאות רפואיות אותן שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח כמפורט להלן:
- 4.2. מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה במקרה של מקרה ביטוח נוסף, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר.  
בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 3.3, לפי העניין, בכל תקופת הביטוח.
- 4.3. הוצאות רפואיות עפ"י פרק זה יוגדרו - כל טיפול או שירות רפואי לרבות ומבלי למצות עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז אותם המבוטח נדרש לשלם ישירות לבית החולים, שרותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, אביזרים רפואיים, מושתלים וחיצוניים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות והוצאות העברה באמבולנס לצורך קבלת הטיפולים.

#### 5. ביטול הכיסוי על פי פרק זה:

פרק זה יבוטל בכל אחד מהמקרים הבאים, המוקדם ביניהם:

- 5.1. תום תקופת הביטוח כהגדרתה עפ"י הסכם זה.
- 5.2. בהגיע המבוטח לגיל 67 שנה.
- 5.3. עם תשלום תגמולי ביטוח.

#### 6. הגבלת אחריות המבטח

לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח למבוטח במקרים הבאים:

- 6.1. אם קיום מקרה הביטוח התגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.
- 6.2. מקרה הביטוח הנוגע לעיוורון, חירשות וניוון שרירים כהגדרתם לעיל, נתגלו או אירעו במלואם או בחלקם לפני הגיע המבוטח לגיל 3 שנים.
- 6.3. אם נפטר המבוטח תוך 30 יום מיום גילוי המחלה.

## נספח ב' - השירותים (SLA)

1) תוך 30 יום מיום חתימת הפוליסה מתחייבת החברה המבטחת להפיץ לכל המבוטחים חוברות פוליסות, והכול לפי הרישא של סעיף 10 להסכם ובנוסף לכל הנדרש בסעיף 10.2 להסכם, לרבות צירוף טפסי הצטרפות לבני המשפחה בתוספת דברי הסבר על עיקרי הפוליסה והשירותים עפ"י תקנות גילוי נאות, דפי מידע לעובד ולבני משפחתו, אשר מפרטים את תנאי הפוליסה החדשה, הטיפולים שמכוסים ופירוט על הליך כניסת בני משפחה לביטוח. החברה המבטחת תנפיק חוברת מידע וכן תספק תרגום לכל החומרים שפורטו לעיל. החברה המבטחת תישא במלוא עלויות הפקת החוברות לרבות הפצה ודיוור החוברות לבתי המבוטחים. במידה ויחולו שינויים בפוליסה במהלך תקופת הביטוח, תשלח החברה המבטחת חוברות חדשות לכל המבוטחים לביתם ותישא בעלויות כאמור לעיל.

א. טרם הפצת דפי המידע והחוברת הנ"ל על החברה המבטחת לקבל את אישור "בעל הפוליסה" לגבי נוסח הדברים.

ב. החברה המבטחת תקים מוקד ספציפי ויעודי שלא יחובר לנתב הכללי של החברה ותקצה קו ייעודי חנים שמספרו 02-29-70-700-1 ו-2 נציגי שירות ייעודיים, ספציפיים, קבועים ומקצועיים אשר יענו: "בנק לאומי לבריאות שלום", יטפל בלעדית במבוטחי "בעל הפוליסה" וייתנו מענה לכל פניה של המבוטחים (להלן: "מוקד בנק לאומי"). מוקד בנק לאומי יפעל 24 שעות ביממה. "מוקד בנק לאומי" מתחייב לתת מענה מהיר במיוחד לפניות המבוטחים ולדאוג שזמני ההמתנה יהיו קצרים והכול בכפוף לסעיף 5 להלן. החברה המבטחת תקצה נציג מצוות תביעות, אשר יהיה זמין לקבל את פניותיהם הדחופות של צוות "מוקד בנק לאומי" וכן של נציגי העובדים.

ג. החברה המבטחת תדאג להעמיד לטובת מבוטחי בעל הפוליסה תיבת דואר נפרדת.

ד. החברה המבטחת תשלח נציג להרצאות בנושא עפ"י החלטת בעל הפוליסה.

ה. החברה המבטחת תדאג לשני נציגים ייעודיים וקבועים בעלי סמכות לביצוע לרבות, אך לא רק לאישור תשלומי תביעות, שישהו פעמיים בשבוע למשך 5 שעות כל פעם במשרדי וועד עובדי בנק לאומי, במועד קבוע ובתיאום מראש עם בעל הפוליסה, בימים אלה תתקיים קבלת קהל ופגישות בין נציגים אלו לבין המבוטחים, לטיפול שוטף בענייניהם של המבוטחים, לטיפול ויישוב תביעות ו/או כל עניין אחר. בנוסף תתאפשר מסירה וקבלת חומר בפגישות השבועיות במשרדי הארגון למי מהמבוטחים שיחפוץ בכך.

כל מה שיבוצע על מסוף זה ויש צורך כי ישלח גם למבוטחים לרבות העתקים, יועברו בנהל רגיל למבוטחים.

ו. בנוסף, על החברה המבטחת לדאוג ולהעסיק עובדים מקצועיים ומיומנים על חשבונה שיטפלו אך ורק בחומר שמתקבל ממבוטחי "בעל הפוליסה". למען הסר ספק, על העובד לדאוג לטפל בכל התביעות לתשלום שמתקבלות מהמבוטחים. על העובדים להקפיד לעמוד בזמני תשלומי התביעות ומתן תשובות לשאלות, כפי שמפורט בפוליסה ובנספח זה. כמו כן, עובדים אלו ייפגשו עם מבוטחי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, במשרדי החברה המבטחת, באופן שוטף ורצוף, ובתיאום מראש, בכל בקשה של המבוטחים ובני משפחותיהם, לרבות השירותים להם זכאים מכורח ההסכם, הפוליסה ונספח זה (SLA).

### 2) דרישות טכניות - תנאי סף

■ מערכת CRM לניהול מוקד.

■ מערכת הקלטת שיחות.

■ מחלקת back office לניהול מערך סילוק התביעות וניהול התביעות מול חוק בריאות ממלכתי, הביטוחים המשלימים של קופות החולים וחוברות הביטוח.

### 3) השירותים הנדרשים במסגרת המערך למתן מידע ומימוש זכויות - תנאי סף

- א. "מוקד בנק לאומי" יסייע למבוטחים במילוי טפסים, לרבות טפסי התביעה וכן תעמיד לצורך זה כוח אדם מתאים במשרדה.
- ב. החברה המבטחת ו"מוקד בנק לאומי" יסייעו לבעל הפוליסה, למבוטחים ולנציגי בעל הפוליסה בכל הליך פרוצדוראלי, הסבר, הבהרות וכיו"ב בכל עניין הקשור בזכויות המבוטחים עפ"י הפוליסה וההסכם.
- ג. התחייבות החברה המבטחת ו"מוקד בנק לאומי" לסיוע עפ"י הסכם ופוליסה אלו, הם חלק בלתי נפרד מתנאי ההסכם ומקבל הסיוע לא יחויב בכל תשלום בגין הסיוע הנ"ל.

### 4) השירותים הנדרשים במסגרת מערך ניהול הפוליסה - תנאי סף

- א. הפקת פוליסות בתחילת הביטוח יעשו על ידי חברת הביטוח.
- ב. הפקת אישורי ביטוח שהמבוטח עשוי להזדקק להם.
- ג. המבטח מתחייב לעדכן את כתובת המבוטח עפ"י קובץ המבוטחים שנשלח מדי חודש ע"י בעל הפוליסה.
- ד. החברה המבטחת תדאג לעדכון פרטי הגבייה / אופן הגביה מול אוכלוסיית הגמלאים המבוטחים (באמצעות אמצעי גבייה אישי: הוראת קבע / כרטיס אשראי)
- ה. החברה המבטחת תדאג לטיפול ובירור בבעיות גביה ותשלומים של הגמלאים.

### 5) השירותים הנדרשים במסגרת המערך לסילוק תביעות יעיל - תנאי סף

- א. "מוקד בנק לאומי" יקבל את מסמכי התביעה הנדרשים לסילוק התביעה ויאשר למבוטח את קבלתם בדואר או בפקס או באי מייל או בSMS כפי שסוכם בין המבוטח ל"מוקד בנק לאומי" תוך 24 שעות.
- ב. "מוקד בנק לאומי" ומחלקת התביעות יבחנו את החומר הרפואי על פי הנחיות חברת הביטוח ותנאי הפוליסה. "מוקד בנק לאומי" ומחלקת התביעות מתחייבים כי משך הבחינה לא יעלה על 14 ימי עסקים ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהמבוטח.
- ג. אם יידרש ניהול תביעה משולב עם קופת החולים בה חבר המבוטח, או הביטוח המשלים או חברת ביטוח אחרת, יפעל "מוקד בנק לאומי" מול הגורם המבטח הנוסף על מנת לסלק את התביעה במשותף ככל שיתאפשר.
- ד. לצורך ניהול התביעה המשותף יחתום המבוטח על ייפוי כוח לטובת "מוקד בנק לאומי" המסמיך אותו לפעול בשמו מול כל מבטח נוסף לרבות (אך לא רק) קופת חולים, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבוטח, ייפגש נציג "מוקד בנק לאומי" עם המבוטח במשרדי החברה המבטחת, יסביר לו על ייפוי הכוח ויסייע לו במילוי הטופס.
- ה. בזמן תביעת ניתוח בארץ יצורפו: אופן חישוב סכום החזר, בצירוף כל הסכומים הרלוונטיים.
- ו. עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים לגבי החזרי תשלום, מול המבטח הנוסף ו/או קופת החולים, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח "מוקד בנק לאומי" המחאה למבוטח על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד בנק לאומי" על ידי המבוטח. החברה המבטחת ו"מוקד בנק לאומי" מתחייבים כי תשלום התביעה יעשה תוך תקופה שלא תעלה על 14 ימים ממועד סיום הליך בדיקת הזכאות כאמור לעיל.
- ז. עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים מול החברה המבטחת הנוספת ו/או מול קופת חולים, לגבי שליחת כתב התחייבות לקבלת טיפול רפואי, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת הטיפול, ישלח "מוקד בנק לאומי" טופס התחייבות למבוטח או לספק השירות על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד בנק לאומי" על ידי המבוטח. החברה המבטחת מתחייבת כי כתב ההתחייבות שלה יכלול את כל הזכאויות הרלוונטיות למקרה הנדון עפ"י תנאי



הפוליסה. המבטח ישלח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח על פי דרישת ספק השירות לא יאוחר מ-5 ימי עבודה מקבלת דרישת ספק השירות ו/או המבטח והמצאת כל המסמכים הנדרשים, למעט במקרים דחופים בהם תשלח ההתחייבות הכספית מיד על פי דרישת ספק השירות. במקרים בהם ספק השירות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהיה המבטח זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על ידי ספק השירות, לרבות העברה כספית ישירה לספק השירות בכפוף להסכמת ספק השירות.

ח. במידה והמבטח ימצא לא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח "מוקד בנק לאומי" מכתב סירוב מנומק המסביר למבטח מדוע לא נענתה בקשתו לתשלום תגמולי הביטוח, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבטח, ייפגש נציג "מוקד בנק לאומי" עם המבטח במשרדי החברה המבטחת, ויסביר לו את סיבת הדחייה.

ט. המבטח מתחייב כי במידה ותדחה תביעה למבטח שסכום הפיצוי / שיפוי עולה על 6,500 ₪ ישלח המבטח את מכתב הסירוב המנומק ליועץ בטרם ישלח מכתב הדחייה למבטח לרבות החומר הרלוונטי לדחייה.

י. **יועץ הביטוח:** בריאטיפי בע"מ תשמש כיועץ ביטוח בפוליסה כמפורט להלן:

במקרה של חילוקי דעות בין המבטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבטח לפנות ליועץ הביטוח, הפנייה תיעשה באמצעות בעל הפוליסה.

המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבטח ובין אם הגיע לידידיו שלא באמצעות המבטח.

יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה. למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

יא. עם סיום הטיפול, ובאותם מקרים בהם לא הצליח "מוקד בנק לאומי" להביא לסילוק משותף של התביעה מול מבטח נוסף לרבות קופת חולים או ביטוח משלים, החברה המבטחת תשלם והחברה המבטחת ו"מוקד בנק לאומי" יפעלו לשיבוב / החזר מול החברה המבטחת הנוספת והשבת כל הכספים המגיעים למבטח על פי הכיסוי שבידו.

יב. נפטר מבטח חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבטח ולא שולמו לו או בעבורו לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לתשלום לאחר ביצוע התשלום לפי ההתחייבות האמורה, תשלם החברה המבטחת את היתרה לעיזבונו של המבטח או ליורשיו הנקובים בעותק צו קיום צוואה או בצו ירושה אשר יומצא לה ע"י העיזבון.

יג. במידה ונמסרה למבטח תשובה בקשר לזכאות ו/או לכיסוי שלא קיים בפוליסה ו/או לא קיים ברובד בו הוא מבטח, התביעה תאושר ותשולם.

יד. תביעה שאושרה טלפונית, תשולם (גם במידה ואושרה בניגוד לתנאי הפוליסה).

טו. המבטח יוכל להגיע למשרדי החברה המבטחת ולהאזין להקלטות השיחות עימו. היועץ יוכל להאזין להקלטות השיחות עם מבטחים בשיחת ועידה משותפת עם החברה המבטחת.

## 6) התחייבות למתן שירות, אמנת שירות - SLA

- "מוקד בנק לאומי" מתחייב לענות לטלפון בזמן סביר, 80 אחוז מהשיחות ייענו תוך 30 שניות.
- "מוקד בנק לאומי" מתחייב כי במקרים בהם יהיה קיים עומס פונים למוקד, ייקח נציג השירות מהלקוח המתקשר את פרטיו וכן את השעה הנוחה מבחינתו שיחזרו אליו, ויחזר אליו בשעה שנוקבעה עם הלקוח, על מנת לטפל בבקשה בגינה פנה ל"מוקד בנק לאומי", וזאת, תוך 4 שעות ממועד הפניה הראשונה.

- "מוקד בנק לאומי" מתחייב כי בכל מקרה, משך הטיפול בבעיה בגינה פנה המבוטח למוקד בנק לאומי" לא יעלה על 24 שעות.
- "מוקד בנק לאומי" מתחייב לסיים בחינת כל חומר רפואי עפ"י תנאי הפוליסה, תוך זמן שלא יעלה על 14 ימי עסקים ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהמבוטח ובמידה ונדרשת השלמת מסמכים מהמבוטח, ההודעה תישלח ו/או תימסר למבוטח לא יאוחר מתום 14 ימי עסקים אלו.
- "מוקד בנק לאומי" מתחייב להתעדכן באופן שוטף לגבי שינויים ועדכונים החלים בסל הבריאות, בהוראות והנחיות משרד הבריאות, בביטוחים המשלימים של קופות החולים, ובחברות הביטוח ולעדכן את הנחיותיו, את הנוהליים על פיהם הוא פועל, את מערכות המחשב התומכות, ואת הצוותים על בסיס שינויים אלו.
- החברה המבטחת מתחייבת כי עם סיום הליך בחינת הזכאות, עפ"י סעיף 4 לעיל, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח תשלח המחאה / הפקדה בנקאית למבוטח עפ"י הפרטים שנמסרו ל"מוקד בנק לאומי" ע"י המבוטח תוך תקופה שלא תעלה על 14 ימים. ובמידה והתביעה לא תשולם במסגרת זמן זו, החברה המבטחת תאשר ותשלם את התביעה במייד.
- המבוטח יוכל להגיע למשרדי החברה המבטחת ולהאזין להקלטות השיחות עימו. היועץ יוכל להאזין להקלטות השיחות עם מבוטחים בשיחת ועידה משותפת עם החברה המבטחת.
- החברה המבטחת לא תענה למבוטח כי הוא אינו מבוטח מבלי לבדוק עם ארגון העובדים.

## פרטי התקשרות

מוקד שירות בנק לאומי

1-700-70-29-02 📞

מוקד שירות לקוחות הראל

📍 אבא הלל 3, בית הראל,  
ת.ד. 1951, רמת גן 5211802