



ביטוח בריאות קבוצתי

לארגון עובדי מזרחי טפחות

ובני משפחותיהם

הראל
ביטוח ופיננסים

מזרחי טפחות
ארגון עובדי
הועד הארצי

H
ע.הדר-מרכז סוכנות לביטוח בע"מ
מקבוצת הדר

תוכן עניינים

- 3.....גילוי נאות - תמצית תנאי הביטוח
- 14.....פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לארגון עובדי מזרחי טפחות
- 29.....פרק א': ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
- 34.....פרק ב': ביטוח לתרופות שאינן נכללות בסל הבריאות
- 38.....פרק ג': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - פוליסה אחידה
- 41.....פרק ד': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - פוליסה אחידה
- 45.....פרק ה': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
- 47.....פרק ו': ביטוח מורחב לשירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה

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 לארגון עובדי מזרחי טפחות ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לארגון עובדי מזרחי טפחות ובני משפחותיהם
סוג הביטוח	<p>פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל.</p> <p>פרק ב' - תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות.</p> <p>פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מ"השקל הראשון".</p> <p>פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - לבעלי שב"ן פרק זה יחול במקום פרק ג', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים.</p> <p>פרק ה' - ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.</p> <p>פרק ו' - ביטוח מורחב לשירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה.</p>
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.1.2022 ועד ליום 31.12.2026.
תיאור הביטוח	<p style="text-align: center;">השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל</p> <p>כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה.</p> <p style="text-align: center;">תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</p> <p>כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כמו כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.</p> <p style="text-align: center;">ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ</p> <p>כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.</p> <p style="text-align: center;">או</p> <p>כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (לבעלי שב"ן)</p> <p>מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.</p>

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</p> <p>כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.</p> <p>ביטוח לשירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה</p> <p>השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון התייעצות עם רפא מומחה, בדיקות רפואיות אבחנתיות, טיפולים פיזיותרפיים, בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים, בדיקות היריון, אביזרים רפואיים, עוד.</p>	<p>תיאור הביטוח</p>
<p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:</p> <p>חריגים כלליים לפוליסה - סעיף 8.</p> <p>פרק א' השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל - סעיף 12.</p> <p>פרק ב' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סעיף 4.</p> <p>פרק ג' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 5.</p> <p>פרק ד' כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - סעיף 7.</p> <p>פרק ה' ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 12.</p> <p>פרק ו' ביטוח מורחב לשירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה - סעיף 6.</p> <p>באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>
<p>פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, סעיף 6.13 - פיצוי בסך 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p>סעיף 7 תשלום פיצוי לפני ביצוע ההשתלה שלא במימון החברה, פיצוי בגובה 350,000 ₪, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמית.</p> <p>סעיף 8 השתלה שלא במימון החברה, פיצוי בגובה 350,000 ₪ עבור ביצוע השתלה בחו"ל ו-100,000 ₪ עבור השתלה בארץ (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית).</p> <p>פרק ה' ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 7.4 - פיצוי בסך 220,000 ₪ בגין מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.</p>	<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>
<p>פרק ב' תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות, תקופת אכשרה של 30 ימים.</p> <p>פרק ג' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p> <p>פרק ד' כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), תקופת אכשרה של 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹</p>

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

תמצית פרטי הפוליסה

השתתפות עצמית

פרק ב' תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות, השתתפות של 150 ₪ לחודש עבור רכישת קנאביס רפואי.

השתתפות בשיעור 15% מסכום עלות הבדיקות הגנומיות ועד תקרת החזר של 15,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

השתתפות עצמית של 200 ₪ למרשם ועד 400 ₪ לכל המרשמים לחודש. אם תוך שישה חודשים מתאריך הפסקת הזכאות לתגמולי הביטוח, תחודש הזכאות בגין אותו מקרה ביטוח, יחודשו התגמולים בגין התרופה ללא השתתפות עצמית בסיסית נוספת.

פרק ו' שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה, השתתפות של 20% ועד תקרת החזר המפורטת בכל סעיף.

עבור בדיקות רפואיות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל תחול השתתפות עצמית של 25% ועד תקרת החזר של 30,000 ₪ לכל ילד.

עבור בעיות הרטבה לילדים תחול השתתפות עצמית של 50% ועד תקרת החזר של 500 ₪.

האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים

חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.

עלות הביטוח

דמי הביטוח החדשיים בש"ח ואופן תשלום דמי הביטוח יהיו:

אופן התשלום	פרמיה בש"ח- מסלול ניתוחים משלים שב"ן	או	פרמיה בש"ח- מסלול ניתוחים מלא ("מהשקל הראשון")	
משולם משכר העובד	77.00		106.00	עובד/ת
משולם משכר העובד	77.00		106.00	בן/ת זוג
משולם משכר העובד/ אמצעי גבייה אישי	77.00		106.00	ילד בוגר מגיל 30 ומעלה
משולם משכר העובד	24.00		35.00	(* ילד עד גיל 30)
אמצעי גבייה אישי	108.00		151.00	גמלאי בן/ת זוג של גמלאי

(* ילד עד גיל 30.
מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה
(לפי המדד שפורסם ביום 15.12.2021)

שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

לאחר 30 חודשים מתאריך תחילת הביטוח תיתכן אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 5, 7 או 8 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	<p>השתלה לפי <u>סעיף 1.2</u>. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ועד 360 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד.</p> <p><u>סעיף 7</u> - פיצוי חד פעמי לפני ביצוע ההשתלה כאשר המבוטח לא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה.</p> <p><u>סעיף 8</u> - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל או בארץ והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.</p>	<p><u>סעיף 2.1.1</u> - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p><u>סעיף 2.1.2</u> - עד לסך של 5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p> <p><u>סעיף 7</u> - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ להשתלה שטרם בוצעה ללא השתתפות החברה, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמית.</p> <p><u>סעיף 8</u> - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ו-100,000 ₪ עבור השתלה בארץ ללא השתתפות החברה.</p>	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	<u>סעיף 1.3</u> - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	<p><u>סעיף 2.2.1</u> - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p><u>סעיף 2.2.2</u> - עד לסך של 1,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p>	
גמלת החלמה לפני ביצוע ההשתלה	<u>סעיף 9</u> לפני השתלה.	<p><u>סעיף 9</u> - מועמד להשתלה (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצמית): המרותק למיטה בשל מצבו הרפואי ונזקק לשירותי מטפל, או מאושפז בבית חולים, יהיה זכאי לגמלה של 7,500 ₪ או 3,750 ₪ לחודש בהתאמה, עד ביצוע ההשתלה ולא יותר מ-12 חודשים.</p>	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 10 לאחר ביצוע השתלה.	סכום חודשי בסך 7,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים, בגין ביצוע השתלה (לא כולל השתלת קרנית או מח עצם עצמית). במקרים של השתלת קרנית או השתלת מח עצם עצמית הפיצוי יהיה 4,000 ₪ למשך 4 חודשים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ב' - תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	<p>סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום, או תרופה שאינה בסל הבריאות ואין לה כיסוי גם על פי סעיפים 2.1 עד 2.3, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאותיו בגין תרופה זו, או תרופה הנמצאת בהליך הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת למבוטח החולה ובלבד שאינה ניתנת לו כמשתתף בניסוי קליני - עד סכום ביטוח של 1,000,000 ₪.</p> <p>סעיף 2.6 - עבור תרופה הנמצאת בהליך הגשה לאישור ברשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת למבוטח החולה ובלבד שאינה ניתנת לו כמשתתף בניסוי קליני - עד סכום ביטוח של 1,000,000 ₪.</p> <p>סעיף 2.7.3 - גבול אחריות עבור סך ההוצאות בחודש קלנדרי בגין רכישת קנאביס רפואי - עד לסך של 1,000 ₪, ועד תקרה מרבית של 25,000 ₪ כל שנתיים, בגין כל מקרה ביטוח.</p>	<p>סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,500,000 ₪.</p> <p>תקרת הכיסוי לתרופה שניתן לה אישור בטופס 29/ג, 29(א)(1), 29(א)(3), 29(א)(4), או 29(א)(10) תהיה עד 1,000,000 ₪.</p> <p>הסכום יתחדש לאחר 30 חודשים כמפורט בסעיף 3.4.2 לפרק זה.</p> <p>סעיף 2.4 - כיסוי מיוחד - אם התברר באבחון מולקולרי של גידול או בבדיקה גנטית או בבדיקה גנומית כי המבוטח זקוק, על פי המלצת רופא מומחה, לתרופה שאינה בסל הבריאות ואין לה כיסוי גם על פי סעיפים 2.1 עד 2.3, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאותיו בגין תרופה זו עד סכום של 1,000,000 ₪.</p> <p>סעיף 2.6 - עבור תרופה הנמצאת בהליך הגשה לאישור ברשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת למבוטח החולה ובלבד שאינה ניתנת לו כמשתתף בניסוי קליני - עד סכום ביטוח של 1,000,000 ₪.</p> <p>סעיף 2.7.3 - גבול אחריות עבור סך ההוצאות בחודש קלנדרי בגין רכישת קנאביס רפואי - עד לסך של 1,000 ₪, ועד תקרה מרבית של 25,000 ₪ כל שנתיים, בגין כל מקרה ביטוח.</p>	<p>השתתפות של 150 ₪ לחודש עבור רכישת קנאביס רפואי.</p> <p>השתתפות בשיעור 15% מסכום עלות הבדיקות הגנומיות ועד תקרת החזר של 15,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.</p> <p>השתתפות עצמית של 200 ₪ למרשם ועד 400 ₪ לכל המרשמים לחודש.</p> <p>אם תוך שישה חודשים מתאריך הפסקת הזכאות לתגמולי הביטוח, תחודש הזכאות בגין אותו מקרה ביטוח, יחודשו התגמולים בגין התרופה ללא השתתפות עצמית בסיסית נוספת.</p>
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	<p>סעיף 3.5 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה או תשלום ישירות לנותני השירות.</p>	<p>עד לסך של 250 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 30 ימים לכל 30 חודשים למבוטח ועד 7,500 ₪ לכל סדרת טיפולים.</p>	
הערות	<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>		

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

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

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

פרק ה' - ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח או טיפול שבוצע בחו"ל	<u>סעיף 6</u> בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות העברה יבשתית תותבות ועוד.	הכיסוי לניתוחים וטיפולים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח או טיפול מיוחד פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שאושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח או הטיפול, ייעשו ישירות על ידי החברה. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח או הטיפול, או שנותן השירות אינו בהסכם, תהא תקרת הכיסוי עד 200% מעלות הניתוח או הטיפול המוחלף בישראל, או עד 300,000 ₪ לכל היותר.
הוצאות שהייה	<u>סעיף 7.2</u> בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 7 ימים.	החברה תישא בהוצאות סבירות של טיסה ושהייה של מבוטח ומלווה אחד. במקרה בו המבוטח הינו קטין, תשלם החברה ההוצאות למבוטח ושני מלווים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	<u>סעיף 7.3</u> בפרק הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח או הטיפול, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל לאחריו.	
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	<u>סעיף 4</u> בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל.	עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בחו"ל כמפורט <u>בסעיף 6</u> בפרק.
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' - שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה
בפרק קיימים כיסויים נוספים על פי המפורט בתנאי הפוליסה**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה	סעיף 2.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית שבתחום מומחיותו (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה). כולל ייעוץ תרופתי אישי ע"י רוקח.	כיסוי עד ל-1,250 ₪ להתייעצות ועד סה"כ 3 התייעצויות בשנת ביטוח למבוטח.	אין.	20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 2.3 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, למיניהן, בדיקות הדמיה ודימות למיניהן, בכל טכניקה או טכנולוגיה ידועים או שיהיו ידועים בעתיד, הנדרשת לאבחון ו/או מניעה של מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול במבוטח.	כיסוי עד 6,000 ₪ לכל בדיקה ועד 15,000 ₪ למבוטח לכל שנת ביטוח.	אין.	20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים	סעיף 2.4 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 20 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-4,000 ₪ למבוטח לשנת ביטוח.	אין.	20% מההוצאה בפועל

²תקופת 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) ²	השתתפות עצמית
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 2.14 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון סריקה 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 ההיריון.	כיסוי עד 3,500 ₪ לכל הבדיקות בכל הריון, ובהריון מרובה עוברים עד 5,000 ₪. תקרת הכיסויים לשניהם תהיה 2,000 ₪ לכל הריון. עבור בדיקה לאבחון גנטי - עד תקרת החזר של 2,500 ₪ לכל הריון.	אין.	20% מההוצאה בפועל.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

מדד הפוליסה שפורסם ביום 15.12.2021.

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 שכתובת:

www.harel-group.co.il/wps/portal

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי

לארגון עובדי מזרחי טפחות

1. הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:

- 1.1 "החברה" או "המבטח" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3 "בעל הפוליסה" - ארגון עובדי מזרחי טפחות ע.ר 33099-97-58.
- 1.4 "המבטח" - חבר אצל בעל הפוליסה (בארגון) שהינו עובד בנק מזרחי טפחות או פורש לגמלאות מהבנק ו/או בן או בת זוג, כולל בני אותו מין, ידועים בציבור ו/או ילדיהם, לרבות מאומצים או של בני זוג מנישואים קודמים, ו/או גמלאית ו/או בן או בת זוג, ילדיהם, נכדיהם ובני זוגם, ו/או חתנים, כלות ו/או נכדים/נכדות ובני זוגם, לרבות שארים של עובד שנפטר, והכל בהתאם להגדרות המונחים בפוליסה הספציפית - אשר הצטרפו ו/או יצטרפו לפוליסה. והכל בכפוף לכך שהחבר בארגון בעצמו מבוטח בפוליסה, למעט אם אינו בר ביטוח.
- 1.5 "גיל הפרישה המוקדמת" - כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה, התשס"ד-2004.
- 1.6 "גמלאי" - מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה:
 - 1.6.1 קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדיון או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות מקופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או נושא משרה שיצא לקצבה במשך כל ימי חייו.
 - 1.6.2 תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.
- 1.7 "מבוטחים קיימים" - מי שהיה מבוטח במועד תחילת הפוליסה במסגרת הפוליסה הקודמת.
- 1.8 "פוליסה קודמת" - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה זו ו/או פוליסה קבוצתית או פרטית של המבוטח שהייתה בתוקף ערב תאריך הצטרפותו של המבוטח לפוליסה.
- 1.9 "הסכם הביטוח" - הסכם מיום 13.09.2021 בין בעל הפוליסה לבין המבטח לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי בנק מזרחי טפחות ובני משפחותיהם.
- 1.10 "תאריך תחילת הביטוח" - 1.1.2022.
- 1.11 "תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה, או לביטוח קודם.
- 1.12 "דמי הביטוח" - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.
- 1.13 "מקרה הביטוח" - כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה.
- 1.14 "תקופת אכשרה" - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. על מבוטחים קיימים לא תחול תקופת אכשרה.

- 1.15. **"תקופת המתנה"** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי. על מבוטחים קיימים לא תחול תקופת המתנה.
- 1.16. **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי בריאות.
- 1.17. **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.
- 1.18. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.19. **"הוראות ביטוח בריאות קבוצתי"** - הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.20. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- 1.21. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
- 1.22. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994.
- 1.23. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.24. **"שירותי בריאות נוספים (שב")"** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.25. **"ישראל"** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.26. **"חו"ל"** - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.27. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
- 1.28. **"בית חולים שבהסכם"** - בית חולים ציבורי או פרטי כמוגדר להלן, הנמצא בהסכם עם החברה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח. כבית חולים פרטי יחשב גם בית חולים ציבורי שנהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות במסגרות של שר"פ, שר"ן וכדומה.
- 1.29. **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.30. **"ניתוח אלקטיבי"** - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית חולים).
- 1.31. **"מנתח שבהסכם"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח הנמצא בהסכם עם החברה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.32. **"מנתח אחר"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.

- 1.33. **אח/אחות** - אחות/בעלי תעודות הסמכה של רשות מוסמכת בישראל או בחו"ל.
- 1.34. **רופא מומחה** - רופא שקיבל מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי משרד הבריאות בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.
- 1.35. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה
- 1.36. **"נותן שירות שבהסכם"** - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 1.37. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.38. **"תותבת/שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון אך לא רק: עדשה, פרק ירך, אלודרם, שתל לחוסר גולגלתי, קוצב ותומך לב, דפיברילטור תוך גופי, משתלים להפרשת תרופות, עצמימי שמע, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול בדרך של אנגיוגרפיה או ישירות לגידול וכד'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן) עבורם תחול הגדרה לתותבת/ שתל כמפורט באותו הפרק.
- הגדרה זו נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.**
- 1.39. **"יום אשפוז"** - שהות של 24 שעות בבית חולים.
- 1.40. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים עפ"י הטבלה המפורטת בסעיף 2.3 להלן ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח קודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.41. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.42. **"רצף ביטוחי"** - הצטרפות מביטוח קודם אחר / פוליסה קודמת (כהגדרתה לעיל) לפוליסה זו תהיה ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות וללא תקופות אכשרה והמתנה. למרות האמור בכל מקום אחר, על מבוטחים קיימים בעלי רצף ביטוחי כאמור, לא יחול ו/או יבוטל לפי העניין, כל סייג או חריג בשל מצב רפואי קודם.
- 1.43. **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.44. **"ועדת הליסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקניהן).
- 1.45. **"ספורט אתגרי"** - ענפי ספורט הנחשבים למסוכנים במיוחד והדורשים מהעוסקים בהם רמות גבוהות של קושי, מאמץ גופני ורגשי. ספורט אתגרי יכול לכלל בדרך כלל אחד או יותר מהמרכיבים הבאים: מהירות, גובה וסכנה. רשימת ענפי הספורט האתגרי תעודכן מעת לעת על פי הרשימה המופיעה באתר החברה www.harel-group.co.il.
- 1.46. **"יועץ ביטוח"** - היועץ שילווח את בעל הפוליסה והמבוטחים על פי הסכם ביטוח בריאות זה הוא עו"ד שמואל אלדן. שכר טרחת היועץ ישולם על ידי החברה.

2. תוקף הפוליסה, אופן ההצטרפות ומבנה הביטוח

2.1. תוקף הפוליסה

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

2.2. אופן ההצטרפות:

2.2.1. יצורפו כל העובדים הפעילים המבוטחים ובני משפחותיהם אצל המבוטח באופן אובליגטורי בכפוף למפורט להלן: "סעיף 4 בהוראות ביטוח בריאות קבוצתי".

(א) מוטלת על המבוטח 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 נכחי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 10ד(ג) לחוק עובדים זרים;

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

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

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

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

(2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

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

(א) ניתוחים;

(ב) תרופות;

(ג) השתלות;

(ד) מחלות קשות;

(ה) שיניים;

(ו) תאונות אישיות.

- 2.2.2 **צירוף לביטוח של בני משפחה של עובד, מותנה בכך שהעובד עצמו יהיה מבוטח בפוליסה זו. תנאי זה לא יחול רק אם העובד עצמו אינו קביל לביטוח מבחינה חיתומית.**
- 2.3 **מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.**
- 2.3.1 **עובדים קיימים ובני משפחותיהם שביטוחם היה בתוקף ביום 31.12.2021, יצורפו לביטוח באופן אוטומטי וברצף ביטוחי ולא יחול עליהם, או יבוטל ככל שהיה, כל חריג או סייג בשל מצב רפואי קיים.**
- 2.3.2 **עובדים חדשים יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח.**
- למרות האמור לעיל, עובד שיבקש להצטרף לביטוח במהלך 90 יום מיום תחילת עבודתו בבנק לא יידרש במילוי הצהרת בריאות ולא יחול עליו כל סייג בשל מצב רפואי קודם.**
- 2.3.3 **בני משפחה (בן/בת הזוג והילדים) של עובד חדש יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח.**
- למרות האמור לעיל, בני משפחה של עובד שיבקשו להצטרף לביטוח במהלך 90 יום מיום תחילת עבודתו של העובד בבנק לא יידרשו במילוי הצהרת בריאות.**
- 2.3.4 **ילדים בוגרים (ילדים בגיל 30 ומעלה) יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם. למרות האמור לעיל, בני משפחה של עובד שיבקשו להצטרף לביטוח במהלך 90 יום מיום תחילת עבודתו של העובד בבנק לא יידרשו במילוי הצהרת בריאות.**
- 2.3.5 **יובהר, ילדים שצורפו לביטוח על פי סעיף 2.3.3, ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לילדים בוגרים ימשיכו בביטוח בתעריף ילד בוגר.**
- 2.3.6 **עובדים קיימים ובני משפחותיהם שאינם מבוטחים בפוליסה ביום 31.12.2021, יבקשו להצטרף לביטוח במהלך 90 יום מיום השקת הפוליסה, יוכלו לעשות כן ללא צורך במילוי הצהרת בריאות.**
- 2.3.7 **ילד שנולד למבוטח או אומץ על ידו, יצורף ויבוטח לביטוח, מיום לידתו או אימוצו לפי העניין ובלבד שיועבר טופס הצטרפות למבוטח תוך 12 חודשים מיום שנולד או אומץ בהתאמה. יובהר כי במידה ותועבר בקשת הצטרפות לילד לאחר 12 חודשים ממועד לידתו, יידרש במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.**
- 2.3.8 **עובד שנישא / ידוע בציבור יוכל לצרף את בן/ת זוגו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם. למרות האמור לעיל, ככל ויבקשו להצטרף לביטוח במהלך 90 יום מיום נישואיהם לא יידרשו במילוי הצהרת בריאות.**
- 2.3.9 **מבוטח שהוא עמית בתוכנית ביטוח שב"ן - של קופות החולים יוכל לרכוש תוכנית ביטוח בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות בנסגרת השב"ן, לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים"). מבוטח שבחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי הביטוחי הכולל על פי פרק ד' במקום על פי פרק ג' וישלם את דמי הביטוח לתוכנית זו הנקובים בסעיף 5 להלן.**
- 2.3.10 **שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח.**

במקרה זה תשלח החברה בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותישלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלחה החברה תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

2.3.11. עובד או בן משפחה שיעביר בקשת הצטרפות לביטוח עד ה-15 בחודש, יהיה מבוטח מתחילת אותו החודש. עובד או בן משפחה שיעביר בקשת הצטרפות לביטוח לאחר ה-15 בחודש, יהיה מבוטח מתחילת החודש העוקב. **יובהר כי מועמד לביטוח שנדרש להליך חיתום יצורף רק לאחר השלמת ההליך החיתומי ואישור קבלה לביטוח.**

2.3.12. יובהר כי גמלאי או בן משפחה של גמלאי שלא היה מבוטח בביטוח זה ערב פרישתו של העובד לגמלאות על פי הגדרות הפוליסה, לא יוכל להצטרף לביטוח זה.

2.3.13. שארים של עובד שנפטר שהיו מבוטחים בפוליסה הקבוצתית בעת פטירת העובד, יוכלו להישאר מבוטחים בפוליסה הקבוצתית בכפוף להסדרת אמצעי גביה אישי מול החברה המבטחת.

2.4 מבנה הביטוח:

צירוף אוטומטי	אופן הצטרפות עובדים ובני משפחה הקיימים בפוליסה הקודמת
צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות עובדים / גמלאים מבוטח ראשי
צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות בני/בנות זוג וילדים של עובד
צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות ילדים בוגרים של עובד

3. תקופת הביטוח:

- 3.1. תקופת הביטוח תהיה 60 חודשים מתאריך תחילת הביטוח ועד 31.12.2026.
- 3.2. תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים.
- 3.3. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 3 לעיל, 'ס' 9 (ב) להוראות ביטוח קבוצתי: פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף קטן (א), ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

4. תום תקופת הביטוח

4.1 הפסקת תקופת הביטוח:

הפסקת ביטוח תיכנס לתוקפה במועד תום תקופת הביטוח או בסוף החודש בו הגיעה תקופת הביטוח לסיימה, לפי המוקדם מביניהם במקרים המנויים בסעיף 4.2.2.

- 4.2. סעיף המשכיות בפוליסה פרט או במסגרת הפוליסה הקבוצתית לפי העניין עד תום תקופת הביטוח, ובלבד שהוסדר תשלום הפרמיה מול המבטח.
- 4.2.1. למבוטח המבוטח במסגרת פוליסה זו יתאפשר לעבור לפוליסת פרט לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן - "פוליסת המשך"), שלהלן תנאיה:
- 4.2.1.1. פוליסת המשך תהיה בהיקף כסויים דומים (אך לא זהים) לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, המקובלות אצל המבטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות המפקח על הביטוח.
- 4.2.1.2. דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח בפוליסה דומה ועל פי גיל המבוטח באותו מועד. על התעריפים תינתן הנחה של % 15 ל-5 השנים הראשונות.
- 4.2.1.3. במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מיוחדת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 4.2.2. האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 4.2.1, תינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:
- 4.2.2.1. סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;
- 4.2.2.2. הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם;
- 4.2.2.3. פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.
- 4.2.2.4. גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.
- 4.2.3. במקרים המפורטים בסעיף קטן 4.2.2.1 - 4.2.2.4, תפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין ובכפוף להוראות הדין והוראות המפקח על הביטוח.
- 4.2.4. ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.
- 4.2.5. למרות האמור לעיל, עובד שסיים את עבודתו בבנק עקב יציאה לגמלאות והינו גמלאי, יוכל להמשיך ולהיות מבוטח על פי פוליסה זו ובתנאי שיסודיר את המשך הביטוח ישירות מול חברת הביטוח.
- 4.2.6. האפשרות למימוש המשך הביטוח כאמור תהא בתנאי שהמבוטח יבקש להמשיך את הביטוח בתוך 90 יום מיום סיום עבודתו.
- 4.2.7. דמי הביטוח כמפורט בסעיף 5 להלן, ישולמו באמצעות ניכוי בתלוש השכר או אמצעי גביה אישי (הוראת קבע / כרטיס אשראי) לפי העניין.

5. דמי הביטוח:

דמי הביטוח החודשיים בש"ח יהיו כדלקמן:

אופן התשלום	מסלול משלים שב"ן	מסלול ניתוחים מלא (מהשקל הראשון)	
מרוכז ע"י מעסיק	77	106	עובד/ת
מרוכז ע"י מעסיק	77	106	בן/בת זוג
מרוכז ע"י מעסיק / אמצעי גבייה אישי	77	106	ילד בוגר מגיל 30 ומעלה
מרוכז ע"י מעסיק	24	35	ילד(*) עד גיל 30
אמצעי גבייה אישי	108	151	גמלאי / בן/ת זוג של גמלאי

(* ילד עד גיל 30)

מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.

- 5.1 מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש.
- 5.2 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד האחרון שיפורסם במועד תחילת הביטוח.
- 5.3 לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.
- 5.4 **התאמת פרמיה**
 - 5.4.1 כעבור 30 חודשים מתאריך תחילת הביטוח, תהא רשאית החברה להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם.
 - 5.4.2 בדיקה להתאמת פרמיה תבוצע גם לאחר שנה כאשר התאמת פרמיה, ככל ותידרש תבוצע בכפוף להסכמת בעל הפוליסה בכתב בלבד.
- 5.5 קביעת דמי ביטוח - ס' 5 (ב) להוראות ביטוח קבוצתי
 - (1) מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילד או בן זוג 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" -
 - (2) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
 - (3) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה;
 - (4) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
 - (5) במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
 - (6) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

5.6. לאחר 12 חודשים, ידונו הצדדים באפשרות להתאמת פרמיה במקרה הצורך להמשך תקופת הביטוח. למען הסר ספק התאמה כזו תתבצע אך ורק בכפוף להסכמה בכתב של בעל הפוליסה.

6. תגמולי ביטוח

- 6.1. החברה תהא רשאית על פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקים שלהן.
- 6.2. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח בחלקם או במלואם לגורמים בחו"ל יבוצע התשלום כנגד המצאת חשבונית מקוריים או העתקים למבוטח. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים.
- 6.3. המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 6.4. כאשר מקרה הביטוח אושר ע"י החברה ולבקשת המבוטח הטיפול אמור להיות מבוצע על ידי נותן שרות שאינו בהסכם, אזי בהמלצת בעל הפוליסה או יועץ הביטוח, יישא וייתן המבוטח עם נותן השירות ויעשה כמיטב יכולתו, להסדרת הסכם "אד-הוק" למתן השרות על ידו והתשלום ביגונו אליו במישרין. הכל בכפוף לתקרת חבות החברה לטיפול זה.
- 6.5. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.
- 6.6. נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי התחייבות האמורה תשלם החברה את היתרה לעזיבתו ו/או ליורשיו של המבוטח על פי צו קיום צוואה ו/או על פי צו ירושה.
- 6.7. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 6.8. הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי שהיה מגיע למבוטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. בכל מקרה של פשרה, ויתור או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של החברה כאמור.
- 6.9. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב - סעיף 10 בהוראות ביטוח בריאות קבוצתי:
 - 6.9.1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.
 - 6.9.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבוטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

7. תביעות:

- 7.1. תשלום תגמולי ביטוח אם התקיימו התנאים הבאים:
 - 7.1.1. הודעה על כל אירוע שהוא מקרה ביטוח תימסר למבוטח בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן.

להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה וימלא טופס תביעה אשר המבטח ישלח למבטח כדי לקבל את כל העובדות הדרושות לו לשם טיפול במקרה הביטוח.

- 7.1.2 המבטח חתם על כתב ויתור סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים, אותם הוא יכול להשיג במאמץ סביר, הדרושים לחברה לבירור תביעתו.
- 7.1.3 המבטח רשאי להעביר את המסמכים בין היתר בדואר, בפקסימיליה, במייל, במסרון או בחשבון אישי באתר המבטח.
- 7.1.4 החברה תודיע למבטח תוך 14 ימי עבודה מה המסמכים הסבירים החסרים, אם חסרים, לטיפול בתביעתו.
- 7.1.5 אישור או דחיה של תביעה יעשה תוך 21 ימי עבודה (או פחות על פי צורך רפואי) ממסירת המסמכים הדרושים לאישורה.
- 7.1.6 המבטח יהא זכאי לדרוש מאת המבטח כי יעמיד עצמו לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם המבטח ועל חשבון המבטח, וימסור כל פרט ו/או מסמך רפואי שיידרש.
- 7.1.7 המבטח המציא לחברה קבלות עפ"י המפורט לעיל, המאשרות ביצוע תשלום בפועל על ידו.
- 7.1.8 בהיעדר חשבונית מקורית - על המבטח להציג העתק של המסמכים המקוריים. החברה תהא זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה באופן סביר ולבדוק את המבטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמה כפי שתמצא לנכון, יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות המבטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.
- 7.1.9 החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבטח, אשר אינם מבוצעים בפועל על ידי החברה, ולנזקים למבטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירותו של המבטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבטח על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה.
- 7.1.10 החברה תהיה אחראית וחייבת לשלם תביעות בגין מקרי ביטוח שאירעו בתוך תקופת הביטוח או שנקבע קיומם או הצורך בהם בתוך תקופת הביטוח, אך בוצעו לאחר תום תקופת הביטוח.

8. חריגים כלליים

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 8.1 מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח.
- 8.2 מקרה הביטוח אירע בתקופת האכשרה למעט מקרה ביטוח שנגרם מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.
- 8.3 סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבטח" -

- בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 8.3.1. חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
- א. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת תקופת הביטוח.
- ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת תקופת הביטוח.
- בכל מקרה אחר, לאחר 18 חודשים מיום הצטרפות המבוטח לביטוח יכוסה גם מקרה ביטוח אשר בעת ההצטרפות לביטוח היה ידוע למבוטח הצורך בנייתוח או טיפול מכוסה ו/או הייתה אבחנה רפואית הקובעת את הצורך בהם.
- 8.3.2. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- 8.3.3. על אף האמור בסעיף 8.3.1 לעיל, סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 8.3.4. למרות כל האמור לעיל, ובכל מקום אחר בביטוח קולקטיבי זה, מוסכם כי כל סייג או חריג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה בתוקף לגבי מבוטחים קיימים אשר ביטוחם היה בתוקף ביום 30.11.2021 בפוליסה קודמת ו/או לגבי מבוטחים המצטרפים ללא הצהרת בריאות כמפורט לעניין זה בסעיף 2.2 לפוליסה.
- 8.4. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 8.5. התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.
- 8.6. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע.
- 8.7. טיפולי פוריות, עקרות, עיקור מרצון, ובדיקות שגרתיות שאינן נדרשות לטיפול בבעיה רפואית פעילה (למעט הכיסויים המפורטים בפרק האמבולטורי).
- 8.8. מקרה ביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או צבאית.
- 8.9. טיפולים ניסיוניים הצריכים אישור ועדת הלסינקי.
- 8.10. פעילות ספורט במסגרת אגודת ספורט אשר שכר בידיה.
- 8.11. טיפולי שיניים וחניכיים.
- 8.12. השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, רק אם זכאי לטיפול או שיפוי מגורם ממשלתי.
- 8.13. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. אולם על אף האמור לעיל, ולמען הסר ספק, מובהר כי המקרים הבאים נועדו לצורך רפואי ולא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו:
- 8.13.1. ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח;

- 8.13.2. ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מקיפוזיס בדרגה של 40 מעלות ומעלה ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/ יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן;
- 8.13.3. ניתוח לתיקון גניקומסטיה בדרגה 3 ומעלה אצל גבר;
- 8.13.4. ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר;
- 8.13.5. ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון;
- 8.13.6. ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות או שברים שאירעו במהלך תקופת הביטוח, כמו גם ניתוח לתיקון חייך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית;
- 8.13.7. ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רביה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי;
- 8.13.8. טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.

9. מתן מסמכים והודעות למבוטח - על פי סעיפים 6,7 בהוראות ביטוח בריאות קבוצת

- (א) המבטח 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 הממונה, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוזרה עליהם הממונה.
- (א1) על אף האמור בסעיף קטן (א), חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין -
- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
 - (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
 - (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- (ב) דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:
- (1) שם המבוטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח;
 - (2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה;
 - (3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח;
 - (4) תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלהם נקבעה התוספת האמורה;
 - (5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;
 - (6) פרטים נוספים שיוזרה עליהם הממונה.
- (ג) חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה 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 לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

(7) (א) חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות

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

(1א) חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

(2א) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

(3א) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

10. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בהוראות ביטוח בריאות קבוצתי.

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4(ב), והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

(ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4 או בסעיף 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף קטן זה ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 4(ב)2; לעניין סעיף קטן 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) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בסעיף 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

11. הצמדה:

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

12. חוק הביטוח וחוק הבריאות

- 12.1. הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 יחולו על פוליסה זו.
- 12.2. אם יחולו שינויים בחוק הבריאות או בסל שירותי הבריאות על פי חוק הבריאות, תהא החברה רשאית לערוך את השינויים המתבקשים מכך בפוליסה.

13. הצהרת בעל הפוליסה - סעיף 3 א' 1 בהוראות ביטוח בריאות קבוצתי

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

14. הודעות

על בעל הפוליסה/המבוטח להודיע לחברה על כל שינוי כתובת בכתב רשום או ע"י דואר אלקטרוני או באמצעות אתר החברה באזור המידע האישי. הודעה שתישלח על ידי החברה לכתובת האחרונה הידועה לו של בעל הפוליסה/המבוטח תיחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

15. הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

16. שינויים

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

- 16.2. בעל הפוליסה מצהיר בזאת כי מודע לכך שגובה דמי הביטוח הקבועים בהסכם זה נקבעו על ידי החברה ואושרו על ידו וזאת על בסיס המצב החוקי והרגולטורי כפי שהיה במועד החתימה על ההסכם. לאור האמור לעיל, מוסכם ומוצהר בין הצדדים כי במידה ויחול שינוי מהותי בשוק ביטוחי הבריאות בישראל - הציבורי והפרטי, לרבות אך לא רק, הגבלה של מתן שירותים על ידי ספקים שבהסדר בלבד ו/או קביעת השתתפות עצמית, תהיה חברת הביטוח רשאית להתאים את הפרמיה במהלך תקופת הביטוח ו/או להפסיק את תקופת הביטוח בתוך 120 יום מהיום בו יחול השינוי.
- 16.3. כל חוזרי המפקח חלים על הסכם ופוליסה זו - אך הינם תנאי מינימום - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בהסכם ובפוליסה והמטיב עם המבוטחים. 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.
- 16.4. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ביחס להיקף הכיסויים בין הוראות ההסכם והפוליסה הקודמים לבין הוראות הסכם ופוליסה אלו, יפורשו אלו לטובת המבוטח ובעל הפוליסה, כדי להיטיב את תנאי המבוטחים ובעל הפוליסה.
- 16.5. המבטח ידע ויעדכן את בעל הפוליסה ויתאים את ההסכם והפוליסה לכל הנחיה רלוונטית לביטוחי בריאות קולקטיביים שפורסמה או תפורסם בעתיד על ידי הממונה על שוק ההון, הביטוח והחיסכון, ולעולם יגברו ההגדרות המטיבות עם המבוטחים.
- 16.6. למבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית או קיבוצית, 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.

17. שירות:

- 17.1. החברה תעמיד לרשות המבוטחים מוקד שרות שיפעל בכל ימות השנה (למעט יום כפור). בימי א-ה בין השעות 08:00-16:00 ותעמיד כונן למקרים דחופים במיוחד לכל ימי ושעות היממה.
- 17.2. כמו כן סוכנות הביטוח תעמיד לרשות המבוטחים את שירותיה באמצעות צוות ייעודי בימי ובשעות העבודה המקובלים ובמקרים דחופים יינתן השרות 24/7.

פרק א': ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה הביטוח:

1.1. עבור מבוטחים קיימים בתאריך תחילת הביטוח יהא מקרה הביטוח: ביצוע השתלה או טיפול מיוחד או הצורך שנוצר בביצועם בתקופת הביטוח.

עבור מבוטחים חדשים המצטרפים לפוליסה לאחר מועד תחילת הביטוח יהא מקרה הביטוח: **ביצוע הטיפול הרפואי בעקבות צורך רפואי בביצוע טיפול רפואי כאמור, אשר התעורר לראשונה לאחר תחילת תקופת הביטוח.**

1.2. "השתלה":

השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב, (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם.

השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת.

השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי.

במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש.

מובהר כי שימוש במכונת החייאה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או מסתם לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה.

הגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

א. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.

ב. ההשתלה תיעשה עפ"י אמות מידה אתיות מקובלות.

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

1.3. "טיפול רפואי מיוחד בחו"ל":

ניתוח או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בהם אחד מהתנאים האמורים להלן:

1.3.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.

1.3.2. הטיפול המיוחד ניתן לביצוע בישראל אך הניסיון בחו"ל גדול משמעותית מהניסיון בארץ.

1.3.3. זמן המתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן המתנה סביר וקיים חשש על פי קביעת רופא מומחה להחרפת מצבו הרפואי של המבוטח.

1.3.4. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו גבוהים מאלו בארץ.

1.3.5. ביצוע בטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן או בשתי אוזניים או להציל אובדן ריאה מוחלט בעין אחת או בשתי עיניים.

1.3.6. הטיפול נועד להצלת חיים.

1.3.7. הטיפול נועד למנוע סיכון לנכות תמידית של 75% ומעלה.

- 1.4 הקביעה לפיה יש צורך לבצע במבוטח השתלה או טיפול מיוחד היא לפי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח.
- 1.5 למען הסר ספק מובהר כי השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד ו/או טיפול תרופתי מיוחד חוזרים אם ידרש בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

2. סכום הביטוח:

סכום הביטוח המרבי לכל תקופת הביטוח למבוטח:

2.1 להשתלה:

- 2.1.1 אצל נותן שירות שבהסכם עם המבוטח - ללא תקרה.
 - 2.1.2 אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 5,000,000 ₪.
- 2.2 טיפול מיוחד בחו"ל:

- 2.2.1 אצל נותן שירות שבהסכם עם המבוטח - ללא תקרה.
- 2.2.2 אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,000,000 ₪.

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

4. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הרפואיות הממשיות המפורטות להלן ששילם בפועל לנותן השירות הרפואי. התשלום יבוצע כנגד קבלות, המפורטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במבוטח, הסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח מקוריים הכוללים פירוט כל הפעולות, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי כמפורט בסעיף 2 לעיל.

5. **בקורת מקרה הביטוח** החברה תשפה ו/או תשלם תגמולי ביטוח בגין ההוצאות הממשיות כמפורט להלן ועד התקרה הנקובה בתנאי הפוליסה:

- 5.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית וטיפולים רפואיים במהלך ההמתנה בחו"ל להשתלה או לניתוח או לטיפול המיוחד לרבות טיפול דיאליזה עד 365 יום, בין בעת אשפוז או כאשר אינו באשפוז.
- 5.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 360 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות.
- 5.3 תשלום שכר הצוות הרפואי וכל צוות העזר שטפלו במבוטח בזמן האשפוז לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד לרבות טיפולים פרא רפואיים נדרשים.
- 5.4 תשלום הוצאות עבור כל הבדיקות והטיפול במהלך האשפוז לרבות שכר המנתח והוצאות חדר ניתוח, משתלים למיניהם ומפרישי תרופות המושתלים בגוף המבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 5.5 תשלום עבור בדיקות רפואיות שיידרשו ושירותי מעבדה למיניהם נדרשים בעת אשפוז לרבות, אך לא רק בדיקות הדמיה, שירותי מעבדה תרופות וכיו"ב.
- 5.6 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל או שני מלווים למבוטח קטין והוצאות העברתם היבשתית בחו"ל.
- 5.7 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד 100,000 ₪.

6. **הוצאות נלוות כדלקמן:** סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 5 לעיל.
- 6.1. הוצאות לצורך איתור האיבר המושגל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי - עד תקרת הסכום 220,000 ₪.
 - 6.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושגל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד תקרת הסכום 200,000 ₪.
 - 6.3. כיסוי להשתלת לב מלאכותי - עד תקרת הסכום 1,100,000 ₪.
 - 6.4. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, כולל לצורך ביצוע בדיקת הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
 - 6.5. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל וחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.
 - 6.6. תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד (אם קטין - שני מלווים) במקום בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 360 יום לאחריהם: 1,000 ₪ ו-1,500 ₪ למלווה יחיד או שני מלווים בהתאמה, ובסה"כ עד 230,000 ₪.
 - 6.7. תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל.
 - 6.8. תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, לרבות טיפול תרופתי ושיקומי - עד 150,000 ₪ לטיפול המיוחד ועד 200,000 ₪ להשתלה.
 - 6.9. תשלום מלא עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.
 - 6.10. הוצאות העברה יבשתית - המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח.
 - 6.11. תשלום בגין כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד 150,000 ₪.
 - 6.12. תשלום עבור הוצאות מעקב, בקורת ובדיקות בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד לרבות הוצאות טיסה ושהיה עד 360 יום לאחר ההשתלה יכוסו עד 60,000 ₪.
 - 6.13. ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,000 ₪ בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

7. **תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:**

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

8. תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה,

8.1. מבוטח שעבר השתלה למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית, יקבל פיצוי של 350,000 ₪ עבור ביצוע השתלה בחו"ל ו-100,000 ₪ עבור השתלה בארץ, ובלבד שבוצעה על פי חוק השתלת איברים התשס"ח - 2008 ולא תבע את החברה בגין ההשתלה, והציג ראיות שעבר השתלה כאמור.

8.2. מבוטח יוכל לקבל פיצוי לפי סעיף 7 או סעיף 8 ולא על פי שניהם.

9. גמלת החלמה לפני השתלה

9.1. מועמד להשתלה (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצמית): המרותק למיטה בשל מצבו הרפואי ונזקק לשירותי מטפל, או מאושפז בבית חולים, יהיה זכאי לגמלה של 7,500 ₪ או 3,750 ₪ לחודש בהתאמה, עד ביצוע ההשתלה ולא יותר מ-12 חודשים.

9.2. תנאי לקבלת הגמלה הוא אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל בגין צורך בביצוע ההשתלה.

10. גמלת החלמה לאחר השתלה

10.1. לאחר ביצוע השתלה (למעט השתלת קרנית או מח עצם עצמית) או טיפול מיוחד בחו"ל, זכאי המבוטח לפיצוי חודשי של 7,500 ₪ למשך 24 חודשים. במקרים של השתלת קרנית או השתלת מח עצם עצמית הפיצוי יהיה 4,000 ₪ למשך 4 חודשים.

10.2. תשלום זה אינו בגדר השתתפות החברה במימון ההשתלה.

10.3. נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם מיצה את הפיצוי כקבוע לעיל, יקבלו מוטביו את יתרת הפיצוי כקבוע לעיל, מיד לאחר פטירתו.

11. טיפול ניסיוני בחו"ל

11.1. מבוטח שנדרש לבצע בחו"ל טיפול ניסיוני, על רקע מחלת סרטן, לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית, הממומן על ידי גורם המבצע את הניסוי וניתנו לו האישורים הנדרשים כחוק במדינה בה הניסוי מבוצע, ישתתף המבוטח בהוצאות שאינן מכוסות ע"י הגורם המממן ישופה כדלקמן:

11.1.1. בדיקות עד 50,000 ₪.

11.1.2. הוצאות נסיעה לחו"ל לביצוע הטיפול למבוטח ומלווה (אם קטין- שניים) עד 40,000 ₪ ו-60,000 ₪ בהתאמה. אם מטעמים רפואיים נדרשת טיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

11.1.3. אם המבוטח לא כשיר לטיסה מסחרית רגילה ישופה עבור הוצאות הטיסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית עם רופא וציוד נדרש עד 100,000 ₪.

11.1.4. הוצאות שהייה בחו"ל עד 60 יום 1,000- ₪ ליום לאדם או 1,500 ₪ ליום אם נדרשים כאמור שני מלווים.

12. חריגים

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

- 12.2. חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת תקופת הביטוח.
65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת תקופת הביטוח.
- 12.3. למרות כל האמור לעיל, ובכל מקום אחר בביטוח קבוצתי זה, מובהר כי כל סייג או חריג בשל מצב רפואי קודם בפרק זה, לא יהיה בתוקף לגבי:
- 12.3.1. מבוטחים קיימים אשר ביטוחם היה בתוקף בפוליסה קודמת.
- 12.3.2. מבוטחים המצטרפים ללא הצהרת בריאות כמפורט לעניין זה בסעיף 2.2 לפוליסה.
- 12.4. במקרה של צורך בהשתלה /טיפול מיוחד בתקופת הביטוח, יכוסו אף מקרים הנובעים ממצב בריאות לקוי קיים, למעט אם הצורך בביצועו נקבע באבחנה רפואית מתועדת אצל המבוטח, טרם הצטרפותו לראשונה לביטוח בריאות קבוצתי שערך בעל הפוליסה, לרבות בפוליסה קודמת.
13. בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:
- (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;
- (2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

פרק ב': ביטוח לתרופות שאינן נכללות בסל הבריאות

1. הגדרות

1.1. **"תרופה"** - חומר כימי או ביולוגי, או תכשיר רפואי או ביוטכנולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו או בתופעות הלוואי שלו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה, ולרבות תרופה למניעת /הקלת כאב לחולים במחלות קשות.

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

הצורך יקבע על ידי רופא מומחה של המבוטח.

1.2. **"רשימת התרופות המאושרות"** - רשימת התרופות המאושרות והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל וכפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות ולרבות תרופות שאושרו פרטנית או כוללנית.

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

1.4. **"טיפול תרופתי"** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.

1.5. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל חבריה.

1.6. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל חבריה.

1.7. **"מרשם"** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.

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

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

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

2. מקרה הביטוח

2.1. **מקרה הביטוח** הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק לצורך טיפול במחלתו או מניעת החמרתה או לצורך החלמתו או לצורך טיפול בתופעות לוואי, על-פי הוראת רופא, ליטול תרופה כלשהי, בגין אותו מצב רפואי.

- 2.2 תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על-פי תנאי נספח זה בגין כל אחד מהסעיפים המפורטים להלן:
- 2.2.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (להלן - "המדינות המוכרות"): ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, שוויץ, יפן או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA), או שניתן לה אישור בטופס 29(א)1, 29(א)3, 29(א)4, או 29(א)10
- 2.2.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת עפ"י ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי בריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת במדינות המוכרות, או שניתן לה אישור בטופס 29(א)1, 29(א)3, 29(א)4, או 29(א)10. תרופה כזו לא תיחשב לתרופה ניסיונית.
- 2.2.3 תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות המוגדרת כ- OFF LABEL שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:
- 2.2.3.1 פרסומי ה-FDA
- 2.2.3.2 American Hospital Formulary Service Drug Information
- 2.2.3.3 US Pharmacopoeia - Drug Information
- 2.2.3.4 Drugdex (Micromedex)
- ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
- א. עצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
- ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.
- ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
- 2.2.3.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מ-National Guidelines, ASCO, NICE, ESMO Minimal Recommendation, NCCN. הבאים:
- 2.3 **תרופה יתומה** - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.
- 2.4 **כיסוי מיוחד** - אם התברר באבחון מולקולרי של גידול או בבדיקה גנטית או בבדיקה גנומית כי המבוטח זקוק, על פי המלצת רופא מומחה, לתרופה שאינה בסל הבריאות ואין לה כיסוי גם על פי סעיפים 2.1 עד 2.3, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאותיו בגין תרופה זו עד סכום של 1,000,000 ₪.
- 2.5 המבטח יכסה הוצאות של בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות, מולקולריות, בכל שיטה שהיא, שמטרתה לסייע בקבלת החלטה לגבי סוג התרופה, כדאיות הטיפול בה או מינונה ובלבד שהבדיקה בוצעה על פי המלצה בכתב של רופא מומחה. ככל שיש בתוצאות הבדיקה המלצה על תרופה מסוימת לטיפול במחלת המבוטח, היא תיחשב כאישור רשות מוסמכת כאמור, והמבטח יכסה את עלות התרופה על פי פרק זה.
- 2.6 **תרופה** הנמצאת בהליך הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת למבוטח החולה ובלבד שאינה ניתנת לו כמשתתף בניסוי קליני. תקרת סכום הכיסוי 1,000,000 ₪.

2.7. **קנאביס רפואי** הניטל למטרות רפואיות, לטיפול במחלות אונקולוגיות, או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלות אלה, אשר ניתן למבטח אישור לשימוש בו בידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות. יובהר כי יאושר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות, ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהונפק למבטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.

2.7.1 מקרה הביטוח בסעיף זה: רכישה בפועל של קנאביס רפואי על פי הנחיה של רופא בעל הרשאה מתאימה ו/או רופא מומחה למבטח החולה במחלת הסרטן.

2.7.2 בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבטח לשיפוי בגין הוצאות השירות, שהוצאו בפועל לרכישה של קנאביס רפואי כהגדרתו לעיל תגמולי הביטוח עבור רכישת הקנאביס הרפואי ישולמו בכפוף להמצאת קבלות, ובהתאם למפורט להלן:

2.7.3 גבול אחריות עבור סך ההוצאות בחודש קלנדרי בגין רכישת קנאביס רפואי היינו עד לסך של 1,000 ש"ח, ועד תקרה מרבית של 25,000 ש"ח כל שנתיים, בגין כל מקרה ביטוח.

2.7.4 תגמולי הביטוח ישולמו לאחר ניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ש"ח לחודש וזאת מסך ההוצאה באותו חודש עבור רכישת קנאביס רפואי.

2.8. **בדיקות גנומיות**

2.8.1 המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא, בין אם קיימת ובין אם תהיה ידועה בעתיד, על רקמה ביולוגית ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתן סיוע בקבלת החלטה על טיפול למחלה לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ (להלן: "הבדיקה") ובלבד שהבדיקה כאמור בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

2.8.2 המבטח יישא כאמור בתשלום עלות הבדיקות הגנומיות ועד לסך של 15,000 ש"ח בגין כל מקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של המבטח בשיעור של 15% מסכום עלות הבדיקות.

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

3. **תגמולי הביטוח**

3.1 החברה תשפה את המבטח ו/או תשלם ישירות לנותן השרות עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 200 ש"ח למרשם לחודש ועד 400 ש"ח לכל המרשמים לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי ובכפוף לתנאים כמפורט להלן.

3.2 למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

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

- 3.4 סכום הביטוח המרבי שתשלם החברה בגין תרופה המכוסה עפ"י פרק זה יהיה עד 3,500,000 ₪.
- 3.4.1 תקרת הכיסוי לתרופה שניתן לה אישור בטופס ג, 29(א)(1), 29(א)(3), 29(א)(4), או 29(א)(10) תהיה 1,000,000 ₪.
- 3.4.2 סכום הביטוח יתחדש לאחר 30 חודשים.
- 3.5 החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד ל-250 ₪ ליום ועד 30 יום לכל 30 חודשים, למבוטח ועד 7,500 ₪ לכל סדרת טיפולים.

4. חריגים מיוחדים

- בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
- 4.1 תרופה ניסיונית, למעט בנושא בו צוין אחרת.
- 4.2 תרופה לטיפול קוסמטיים ו/או אסתטיים, למעט בנושא בו צוין אחרת.
- 4.3 תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.
- 4.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 4.5 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון למעט, אם הצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה כשילוב נחוץ עם הטיפול התרופתי במחלת המבוטח.
- 4.6 טיפול תרופתי בעת אשפוז, במהלך ניתוח או השתלה וטיפול מיוחד המכוסים על בפרקים אחרים בפוליסה.
- 4.7 מוסכם, כי זכאות המבוטח לשיפוי על פי פרק זה לא תסויג או תוחרג, אף אם התרופה לה הוא נזקק, היא בגין טיפול במחלה בה חלה בטרם הצטרפותו לביטוח, ובלבד שביום תחילת הביטוח, לא נקבע הצורך הרפואי בנטילת התרופה המכוסה על פי פרק זה, בגין אותה מחלה.

5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל

- החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח לגבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

6. זכאות חוזרת

- אם תוך שישה חודשים מתאריך הפסקת הזכאות לתגמולי הביטוח, תחודש הזכאות בגין אותו מקרה ביטוח, יחודשו התגמולים בגין התרופה ללא השתתפות עצמית בסיסית נוספת.

7. תקופת אכשרה

- תקופת האכשרה היא בת 30 יום, למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה.

פרק ג': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - פוליסה אחידה

1. הגדרות:

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

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

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

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

3. **הכיסוי הביטוחי:** בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה:

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

3.2. שכר מנתח.

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

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

3.4.1. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il.

3.4.2. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

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

5. **חריגים:**

החריגים בתנאים הכלליים אינו חלים על פרק זה והחברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

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

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

- 5.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 5.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 5.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 5.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 5.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 5.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" שהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980; העליונה" שהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 5.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 5.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 5.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004
- 5.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.
6. תקופת אכשרה:
- 6.1. תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות.
- 6.2. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

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

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

פרק זה יחול במקום פרק ג', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים

1. הגדרות:

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

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

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

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

3.1 בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד: שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

3.2 שכר מנתח.

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

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

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

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

4. תגמולי ביטוח:

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

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

5. בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, עבור ניתוחים פרטיים בישראל ובלבד שבוצע

באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

- 5.1. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.
- 5.2. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 3 לעיל ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

6. ברות ביטוח:

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

7. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

- 7.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 7.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 7.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 7.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 7.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, בלב, 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.

7.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

7.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;

7.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

7.9. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

8. תקופת אכשרה:

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

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

- מקרה הביטוח:** ניתוח בחו"ל ו/או טיפול מחליף ניתוח ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח, על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.
- הגדרת הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
- הגדרת ניתוח:** כל פעולה פולשנית חדירתית (Procedure Invasive) החודרת דרך רקמות, כולל ולרבות 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-חדירתיות לאבחון או לטיפול כחלק מתהליך הניתוח או לפניו לרבות למניעה ובלבד שקיימת הפנייה מרופא מומחה לביצוען לפני ביצוע הניתוח.
- הגדרת טיפול מחליף ניתוח:** טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל: כל טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע הניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח המוחלף (להלן: "הטיפול").
- התחייבויות המבטח:** בקרות מקרה הביטוח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על ידו בפועל עבור השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הטיפול או הניתוח ולשם ביצועו בבית חולים בחו"ל או ישלמן במישרין לנותן השירות בחו"ל, כולל: שכר מנתח או נותן הטיפול, שכר חולדים, הוצאות חדר ניתוח ו/או חדר טיפול והוצאות אשפוז בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז ו/או לצורך האשפוז (הוצאות הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח או הטיפול), תרופות, לרבות תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, לצורך ביצוע הטיפול וכן בדיקה פתולוגית. למען הסר ספק, "ניתוח" או טיפול כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, לרבות טיפולים הבאים כתוספת לניתוח או טיפול כהגדרתו לעיל. הכל על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, ועד הסכום המרבי לניתוח ולטיפול מחליף ניתוח בחו"ל.
- תגמולי הביטוח במקרה ביטוח:**
 - מתן כיסוי מלא בתנאי שמקרה הביטוח אושר מראש על ידי החברה ותואם על ידה עם נותני השירות בחו"ל.
 - בכל מקרה אחר תקרת הכיסוי תהיה עד 200% מעלות הניתוח או הטיפול בישראל, או 300,000 ₪ לכל היותר.
- בנוסף תכסה החברה גם את ההוצאות הבאות:**
 - כיסוי להוצאות הטסה רפואית: במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או הטיפול או חזרתו ארצה לאחריו, תכסה החברה את ההוצאות ההטסה הרפואית באופן מלא.
 - כיסוי להוצאות טיסה ושהייה, בגין ניתוח הכרוך באשפוז לתקופה העולה על 7 ימים: החברה תישא בהוצאות סבירות של טיסה ושהייה של מבוטח ומלווה אחד. במקרה בו המבוטח הינו קטין, תשלם החברה ההוצאות למבוטח ושני מלווים.

- 7.3. החברה תכסה הוצאות הטסת גופה לארץ לאחר הניתוח או הטיפול, אם נפטר המבוטח בחו"ל בעת שהותו בחו"ל לאחריו.
- 7.4. אם נפטר המבוטח תוך 8 ימים מיום ביצוע הניתוח על פי פרק זה, ישלם המבוטח ליורשים בנוסף לתגמולי הביטוח לעיל, פיצוי חד פעמי בגין מקרה המוות בסך 220,000 ₪.

8. תנאים מיוחדים לנספח זה

- 8.1. הכיסוי לניתוחים וטיפולים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח או טיפול מיוחד פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שאושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותיאום הניתוח או הטיפול, ייעשו ישירות על ידי החברה.
- 8.2. בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח או טיפול אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את החברה באופן מיידי וימסור לחברה את שם ביה"ח/מרפאה וכתובתם בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצעו וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח או בטיפול.
- 8.3. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח או הטיפול, תגמולי הביטוח יוגבלו לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבוטח לנותני שירות שבהסכם.
- 8.4. החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח או הטיפול בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

9. תגמולי ביטוח נוספים:

- 9.1. התייעצות אחת עם רופא מומחה בישראל: בישראל, עד לסך של 1,300 ₪.
- 9.2. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל: כאשר מסיבות רפואיות לא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל עד לסך של 150,000 ₪.

10. 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.

11. בכל מקרה תינתן האפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי. הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 - הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.

12. חריגים מיוחדים

- 12.1. החריגים הכלליים בפוליסה, שאליה צורף נספח זה, לעניין מצב רפואי קודם חלים אף על נספח זה, למעט לגבי מבוטחים לגביהם נקבע כי לא חל כל חריג או סייג לעניין מצב רפואי קודם.
- 12.2. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה במקרים הבאים:
- 12.2.1. השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל שאינם ניתנים לביצוע בישראל.
- 12.2.2. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.

פרק ו': ביטוח מורחב לשירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה

1. מקרה ביטוח

הזדקקותו של המבוטח לאחד מהשירותים האמבולטוריים המפורטים להלן שלא בעת אשפוז והנובעת מבעיה רפואית פעילה, או הזדקקותו של המבוטח לאחת הבדיקות לרפואה מונעת המפורטות להלן.

2. **תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח: החברה תשלם למבוטח 80% מהוצאותיו בפועל של המבוטח**, בגין מקרי הביטוח המפורטים בנספח זה, אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט להלן.

2.1. המבוטח יהא זכאי ל-3 התייעצויות בשנת ביטוח עם רופא מומחה (למעט רופא ילדים ורופא משפחה) לגבי בעיה רפואית שבתחום מומחיותו, עד 1,250 ש"ח להתייעצות (כולל יעוץ תרופתי אישי ע"י רוקח).

2.2. **חוות דעת שניה** - לרבות דו"ח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופא של המבוטח וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות; צילומי רנטגן, U.S., C.T, M.R.I., בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה. עד 1,250 ש"ח לכל בדיקה.

2.3. **בדיקות רפואיות אבחנתיות** מכל סוג ומין שהם, לרבות בדיקות מעבדה למיניהן, בדיקות הדמיה ודימות למיניהן, בכל טכניקה או טכנולוגיה ידועים או שיהיו ידועים בעתיד, הנדרשת לאבחון ו/או מניעה של מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול במבוטח עד 6,000 ש"ח לכל בדיקה ועד 15,000 ש"ח, למבוטח לכל שנת ביטוח.

2.4. **טיפולים פיזיותרפיים** ו/או ריפוי בעיסוק לפי הוראת רופא, עד 20 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-4,000 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח.

2.5. טיפולים בכאב

2.5.1. המבוטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולים הנדרשים להקלת בכאב לרבות ולא רק כאבי גב ובלט דיסק, לרבות הזרקות או הזלפות של חומרים נוגדי כאב לוגן ישירות או תחת אמצעי הדמיה, ו/או שימוש באביזרים טכנולוגיים מכל סוג שהוא לרבות גלי הלם, לייזר, תא לחץ ו/או השתלת קוצב נגד כאב משאבה להזלפת נוגדי כאב או כל טיפול אחר הנדרש להקלה על הכאב. ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הנזכר לוגיה או הכאב ומבוצע על ידי רופא מומחה.

2.5.2. המבוטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור הטיפול עד תקרה של 1,500 ש"ח לטיפול ועד 10,000 ש"ח לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%.

2.5.3. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול יוכר כתחליף לניתוח הוא ישולם דרך פרק תחליפי הניתוח.

2.6. **טיפול ויעוץ אונקולוגי** - (ללא השתתפות המבוטח) יכוסה הוצאות בפועל עד 100,000 ש"ח לשנה.

2.7. טיפולים ושירותים בארץ לרבות **הפריה חוץ גופית**, הזרעה וכל טיפול ושרות רפואי, שתכליתם כניסת המבוטחת להריון ושיפור סיכויי שמירתו ובריאותו של העובר עד 30,000 ש"ח לכל ילד.

2.8. השתתפות בהוצאות טיפולי **הפריה בחו"ל** למבוטחים בלבד, עד 25,000 ש"ח לתקופת הביטוח כולה.

- 2.9. **מימון לבדיקות רפואיות נדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח/ת ב-75% עבור הבדיקות כאמור, ובתנאי שהפונדקאות, אם נעשתה בישראל נעשתה כחוק ועד תקרה של 30,000 ₪ לכל ילד. במסגרת הטיפולים בסעיף זה יכוסו גם טיפולי הפריה חוץ גופית. מובהר כי המדובר בבדיקות ושירותים להריון, כגון בדיקות טרום הריון ובדיקות גנטיות ולפונדקאית בלבד.
- 2.10. **השתתפות בבדיקות מעבדה לגידולים ממאירים.** מבטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות לגידולים ממאירים באמצעות מעבדות "ONCOTEST", עד 4,278 ₪ למקרה ביטוח.
- 2.11. **בעיות הרטבה לילדים:** המבטח ישתתף בסכום השווה ל-50% מההוצאה בפועל ועד לסכום מרבי של 500 ₪, מההוצאה בפועל לטיפול למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5.
- 2.12. **אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקוי למידה:** מבטח שגילו 3 עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי, אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות BRK, MOXO, TOVA, בתנאי שאינו המבצע את הטיפול נשוא בעיית ההתפתחות/ליקוי למידה.
- המבטח ישפה את המבוטח בגין אבחון כאמור עד 3 פגישות ועד 2,500 ₪, אחת ל-3 שנים.
- 2.13. **טיפול בבעיות התפתחות בילדים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו ע"י רופא מומחה להתפתחות הילד אצל ילד מגיל 3 ועד גיל 15, המחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או באמצעות שיטת ריפוי אחרת. המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול כאמור עד בסכום של 20 ₪ לטיפול ולא יותר מ-20 טיפולים בכל שנת ביטוח.
- 2.14. **השתתפות בבדיקות מיוחדות לנשים בהריון**
- 2.14.1. החברה המבטחת תשלם תגמולי ביטוח בעבור בדיקות לנשים בהריון, לרבות: 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 סיסי שליה, בדיקת חלבון עוברי, מוניטור ביתי לניטור ההריון בסיכון גבוה, בדיקת צ'יפ גנטי, בדיקת NIPT ו/או כל בדיקת דם אחרת אשר תתוסף/ תחליף את בדיקת מי השפיר, בדיקת PGD ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון.
- 2.14.2. המבטח ישתתף בהוצאות שהוציאה המבוטחת בפועל ועד 3,500 ₪ לכל הבדיקות בכל הריון ובהריון מרובה עוברים עד 5,000 ₪ כמו כן, ישתתף המבטח בהוצאות בדיקה לאבחון גנטי מכל סוג ומין שהם (דוגמת: סיסטיק פיברוזיס, גושה, טיי זקס וכד'), עד תקרת ההחזר של 2,500 ₪ לכל הבדיקות לכל הריון.
- 2.15. **אחות פרטית:** הוצאות שמירה פרטית על המבוטח בהן נשא המבוטח בפועל להעסקת אחות פרטית עד 1,200 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על 14 ימים. (בכפוף להשתתפות עצמית של (20% השיפוי ישולם כנגד מסירת קבלות או לחילופין, הצהרה של האחיות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית).
- 2.16. **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: 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, מכשיר למדידת סוכר, מקלונים לבדיקת סוכר, פרוטזה חיצונית לשד, תומכים ומגנים לצוואר ולכתף, גרביים אלסטיות, חגורה אורתופדית, נעליים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים כגון: 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 אסטויגמטיזם 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.

2.17. **הדפסת איברים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים/ להמחשה, הנדרשים 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.

2.17.1. מבוטח ישופה כנגד חשבונית/ קבלה בסך:

2.17.1.1. עד 2,000 ₪ עבור הדמיית תלת מימד,

2.17.1.2. עד 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה.

2.17.1.3. עד 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה.

2.17.1.4. עד 15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח.

2.17.2. והכל בהשתתפות עצמית של 20% ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

3. **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. במקרה זה, ישלם השיפוי שיינתן למבוטח ע"י החברה המבטחת עד לשיעור של 100% מההוצאה בה נשא המבוטח ועד לסכומים המרביים הנקובים בסעיפים לעיל.

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

5. הסמכות הקובעת את הזכאות בכל הפרק זה, הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

6. **חריגים מיוחדים:**

6.1. סעיף החריגים הכלליים בפוליסה שאליה צורף נספח זה, חל גם על נספח זה. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה במקרים הבאים:

6.1.1. בדיקות תקופתיות ובדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט המפורט בפרק זה.

6.1.2. ניתוחים וטיפולים הקשורים בשיניים, למעט המפורט בפרק זה.



פרטי התקשרות

מוקד שירות לקוחות הרצל

1-800-44-5000 📞

052-7544589 וואטסאפ 📱

ניתן להגיע אלינו גם באמצעות הלינק:

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

אבא הלל 3, בית הרצל, 📍

ת.ד. 1951, רמת גן 5211802

עוז והדר - סוכנות לביטוח

03-5757030 📞

03-5756616 📄

היצירה 12, ת.ד. 3617, 📍

רמת-גן 52521

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