



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי CBC ISRAEL
ובני משפחותיהם

מאי 2022

עובדות ועובדים יקרים,

הסכם ביטוח הבריאות שלנו עם חברת הביטוח "הראל" משרת אותנו, עובדי החברה ובני המשפחות מזה שנים רבות.

ההסכם מקנה שקט נפשי, הגנה וביטחון הראויים לכם, תוך מתן מענה הולם ורחב לפתרון צרכים רפואיים יקרים וחשובים ומהווה שכבת ביטוח נוספת לסל הבריאות הממלכתי ולביטוחים המשלימים (שב"ן) במסגרת קופות החולים.

בחוברת זו מפורטים כל הכיסויים הביטוחיים ונוסח הפוליסה.

פוליסת הביטוח הינה חלק מסל הרווחה של החברה ומהווה ביטוי למחויבות המתמשכת שלנו לטיפוח הבריאות ואיכות החיים של עובדינו.

אני מזמין אותך ואת בני משפחתך להצטרף לאלפי העובדים שכבר צירפו את בני משפחתם.

בברכת בריאות טובה,

ניר לוינגר

מנכ"ל

CBC ISRAEL

תוכן עניינים

- 4.....גילוי נאות - תמצית תנאי הביטוח
- 8.....גילוי נאות - תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה
- 17.....פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי קבוצת קוקה קולה ובני משפחותיהם
- 31.....רובד ראשון
- 31.....פרק א': ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
- פרק ב': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל -
- 34.....פוליסה אחידה כולל השתתפות עצמית בגובה 3,000 ₪
- 38.....פרק ג': ביטוח לניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
- 41.....פרק ד': כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית
- 44.....פרק ה': שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח
- 46.....רובד שני
- 46.....פרק ו': שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)
- 48.....פרק ז': ביטוח לשירותים רפואיים 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 קבוצתית לעובדי קבוצת קוקה קולה ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתית לעובדי קבוצת קוקה קולה ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח - רובד ראשון*	
פרק א' - ביטוח להשתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל פרק ב' - ביטוח מורחב לניתוחים פרטיים בארץ עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪ פרק ג' - ביטוח מורחב לניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל פרק ד' - כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית פרק ה' - שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח	
סוג הביטוח - רובד שני*	
פרק ו' - שירותי רפואה משלימה פרק ז' - שירותים רפואיים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה	
* הכיסוי הביטוחי לכל מבוטח הינו בהתאם לרובדים שרכש.	
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.5.2022 ועד ליום 30.4.2027.

תמצית פרטי הפוליסה - המשך	
תיאור הביטוח - רובד ראשון	
פרק א'	<p>השתלות בחו"ל 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>
פרק ב'	<p>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪</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>
פרק ג'	<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>
פרק ד'	<p>תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית</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>
פרק ה'	<p>שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח</p> <p>שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח, אשר ניתנו למבוטח בתקופת הביטוח, כגון: בדיקה פתולוגית, שכר אחות פרטית, הידבקות באיידס, החלמה לאחר ניתוח ועוד.</p>
תיאור הביטוח - רובד שני	
פרק ו'	<p>שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)</p> <p>טיפולים מתחום הרפואה המשלימה - כגון שיאצו, רפלקסולוגיה, על פי הרשימה המצוינת בפרק.</p>
פרק ז'	<p>שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה</p> <p>השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון: חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, בדיקות מניעה, טיפולים פיזיותרפיים, בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים ועוד.</p>
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	<p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:</p> <p>חריגים כללים לפוליסה סעיף 8.</p> <p>פרק ב': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪ - סעיף 4.</p> <p>פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 5.</p> <p>פרק ד': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בתאמה אישית - סעיף 4.</p> <p>פרק ו': שירותי רפואה משלימה - סעיף 3.</p> <p>פרק ז': שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה - סעיף 4.</p> <p>באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>

תמצית פרטי הפוליסה - המשך	
<p>פרק א': השתלוח</p> <p>סעיף 3.1.13 - פיצוי בגובה 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p>סעיף 3.2: השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 400,000 ₪.</p>	גובה הפיצוי הכספי שאקבל
<p>פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</p> <p>סעיף 4.1.1.6 - פיצוי בגובה 200,000 ₪ בגין מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.</p>	
<p>פרק ה': שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח</p> <p>סעיף 2.4 - פיצוי בסך 300,000 ₪ בגין הידבקות באיידס כתוצאה מעירוי דם או מוצריו בעת ניתוח</p> <p>סעיף 2.6 - פיצוי בסך 2,500 ₪ למשך 12 חודשים בגין הידבקות בהיפטיטיס B כתוצאה מעירוי דם או מוצריו בעת ניתוח.</p> <p>סעיף 2.8 - פיצוי בגובה 150,000 ₪ בגין מוות כתוצאה מניתוח.</p>	
<p>פרק ב': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪, תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 270 יום.</p> <p>פרק ז': שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה, תקופת אכשרה של 30 ימים. בגין בדיקות הריון - תקופת אכשרה של 180 יום.</p>	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹
<p>פרק ה': שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח</p> <p>סעיף 2.9 - תקופת המתנה של 3 חודשים במקרה שך אובדן מוחלט של כושר העבודה כתוצאה מביצוע ניתוח.</p>	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (המתנה) ²
<p>פרק ב': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪ - השתתפות עצמית של 3,000 ₪.</p> <p>פרק ד': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית, השתתפות עצמית של 160 ₪ למרשם לחודש ועד 320 ₪ לכל המרשמים לחודש. תרופות שעלותן מעל 10,000 ₪ לחודש או תרופות למחלת הסרטן - ללא השתתפות עצמית.</p> <p>פרק ה': שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח - השתתפות עצמית של 25% עבור מנוי לשירותי משדר קרדילוגי.</p> <p>פרק ו': שירותי רפואה משלימה, השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>פרק ז': שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה - השתתפות עצמית של 20%. בגין אביזרים רפואיים ובדיקות ושירותים לנשים בהריון ובדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי - השתתפות עצמית של 40%.</p>	השתתפות עצמית

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

²תקופת המתנה - תקופה המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגינה אין המבוטח זכאי לפיצוי או לשיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

תמצית פרטי הפוליסה - המשך	
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
<p style="text-align: right;">רובד ראשון</p> <p>עובד/ת / בן/ת זוג - 32.50 ₪ ילד - 6.70 ₪ (מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה. נכדים - כולם משלמים)</p>	עלות הביטוח
<p style="text-align: right;">רובד שני</p> <p>עובד/ת / בן/ת זוג - 31.00 ₪ ילד - 3.00 ₪ (מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה. נכדים - כולם משלמים) (דמי הביטוח לא יהיו צמודים למדד)</p>	
לאחר 18 חודשים ולאחר 36 חודשים מתאריך תחילת הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני הפוליסה לצורך בחינת האפשרות להתאמת דמי הביטוח.	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

רובד ראשון			
פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
	<p>כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם (סעיף 2.1.1.1).</p> <p>עד לסך של 5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם (סעיף 2.1.1.2).</p>	<p>השתלה ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה וכל שילוב ביניהם, קרנית, השתלת מח עצם, לרבות השתלת מח עצם עצמית, אונת כבד, רחם, תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי ו/או דם פריפרי מתורם זר ו/או מגופו של המבוטח וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו או איבר מלאכותי ו/או תפעול באמצעות איבר מלאכותי וכן השתלת איבר מבע"ח. (סעיף 1.1).</p> <p>בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 365 יום לפני הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד.</p>	<p>ביצוע השתלה בחו"ל</p> <p>למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 3.1 או 3.2 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.</p>
	<p>פיצוי חד פעמי בסך 400,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה.</p>	<p>פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו (סעיף 3.2).</p>	
	<p>כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם (סעיף 2.1.2.1).</p> <p>כיסוי עד לסך של 1,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם (סעיף 2.1.2.2).</p>	<p>תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה. (סעיף 1.2).</p>	<p>טיפול רפואי מיוחד בחו"ל</p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
גמלת החלמה	לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל (סעיף 3.1.12).	סכום חודשי בסך 6,000 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים, למעט במקרה של השתלת קרנית.	
	במקרה של מבוטח הזקוק להשתלה והמרותק למיטתו (סעיף 3.1.14).	סכום חודשי בסך 3,500 ₪, לתקופה של עד 6 חודשים. מבוטח השוהה באשפוז, זכאי לסכום חודשי בגובה 50% מהסכום כאמור לעיל.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ב' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ עם השתתפות עצמית של 3,000₪		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות (סעיף 3.1).	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500₪ 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	שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית (סעיפים 3.2-3.3).	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית, בניכוי השתתפות עצמית למקרה ביטוח בגובה 3,000₪ ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	טיפול מחליף ניתוח (סעיף 3.4).	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	<p>1) לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו.</p> <p>2) אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.</p>	

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

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות העברה יבשתית ותובות ועוד (סעיף 4).	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן שיפוי עד לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבטח לנותני שירות שבהסכם בארץ.
הוצאות שהייה	הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 7 ימים (סעיף 4.1.1.3).	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 800 ש"ח ליום ועד 30 ימים. לשני מלווים יינתן הכיסוי למבטח מתחת לגיל 18 עד 2,400 ש"ח ליממה לשני מלווים ועד 30 ימים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ל המבטח בעת שהותו בחו"ל (סעיף 4.1.1.2).	כיסוי מלא.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל (סעיף 4.2).	במקרה של ביצוע טיפול מחליף ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בטיפול. במקרה של ביצוע טיפול מחליף ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן שיפוי עד לסך של 300% מעלות הטיפול המחליף ניתוח אם היה מבוצע בישראל.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

פרק ד' - תרופות שאינן כלולות בסך הבריאות ותרופות בהתאמה אישית

ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>השתתפות עצמית של 160 ₪ למרשם לחודש ועד 320 ₪ לכל המרשמים לחודש. תרופות שעלותן מעל 10,000 ₪ לחודש או תרופות למחלת הסרטן - ללא השתתפות עצמית.</p>	<p>סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 2,000,000 ₪, מתחדש מדי 3 שנים.</p> <p>עבור תרופות שאינן בסל הבריאות ואינן מכוסות על פי סעיפים 2.2.1 - 2.2.5 בפרק - סכום מירבי עד 300,000 ₪. במידה ולאחר מיצוי 300,000 ₪ יוכח כי התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, תקרת הכיסוי על פי סעיף זה תוגדל ותהא בסך כולל של 600,000 ₪. סכום זה יתחדש מדי 3 שנים.</p>	<p>* שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום או תרופה הנמצאת בתהליכי הגשה לרישום, או תרופות שאינן בסל הבריאות ואינן מכוסות על פי סעיפים לעיל, כהגדרתן בפרק זה (סעיף 2).</p>	<p>תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות</p>
	<p>עד לסך של 4,500 ₪ לכל סדרת טיפולים.</p>	<p>שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה (סעיף 3.6).</p>	<p>הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה</p>
<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>			<p>הערות</p>

**פרק ה' - שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח
בפרק קיימים כיסויים נוספים על פי המפורט בתנאי הפוליסה**

השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
		כיסוי עד 2,500 ₪ לבדיקות הדמיה ועד 4,000 ₪ עבור בדיקת M.R.I. לניתוח.	החזר בגין בדיקות הדמיה או בדיקת M.R.I. שבגין נקבע הצורך הניתוח (סעיף 2.5).	בדיקות רפואיות אבחנתיות
		כיסוי עד ל-835 ₪ ליום ועד 14 ימי החלמה בבית החלמה מוכר.	החזר בגין הוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לביצוע הניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב (סעיף 2.7).	החלמה לאחר ניתוח
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.				הערות

³תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבטוח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

רובד שני			
פרק ו' - רפואה משלימה (אלטרנטיבית)			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
טיפול רפואה משלימה	החזר הוצאות בגין קבלת טיפולי רפואה משלימה, עפ"י הפניית רופא בכתב: אקופונקטורה, הומאופטיה, ביו פידבק, כירופרקטיקה, אוסטיאופטיה, פלדנקרייז, רפלקסולוגיה, שיאצו, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת פאולה, טווינא, שיטת אלכנסדר, פרחי באך, הרבולוגיה (סעיף 1).	עד 180 ש"ח לכל טיפול ובכל מקרה לא יותר - 2,880 ש"ח לכל שנת ביטוח.	20% מההוצאה בפועל

**פרק ז' - ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים
בפרק קיימים כיוונים 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) ⁴	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד. (סעיף 2).	כיסוי עד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בפרק.	סעיף 5 - 30 יום, למעט במקרה של בדיקות הקשור בהיריון ו/או גרידה ו/או לידה - 180 יום.	
חוות דעת רפואית בישראל	החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (סעיף 3.1)	כיסוי עד ל-9000₪ להתייעצות לשנת ביטוח למבוטח.	סעיף 5 - 30 יום.	20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה (סעיף 3.3).	כיסוי עד 10,000₪ עבור כל הבדיקות למבוטח לשנת ביטוח.	סעיף 5 - 30 יום	20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים והידרותפיים	החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים והידרותפיים לפי הוראת רופא (סעיף 3.4).	כיסוי עד 16 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-4,000₪ למבוטח לשנת ביטוח	סעיף 5 - 30 יום	20% מההוצאה בפועל

⁴תקופת 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) ⁴	השתתפות עצמית
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר או סיסי שלייה ובדיקות לגילוי גנים נשאים לסיסטיק פיברוזיס, תסמונת איקס שביר, וגושה (סעיף 3.10).	כיסוי עד 3,000 ש"ח לכל הריון.	סעיף 5 - 180 יום	40% 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.			

מידע נוסף:

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

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

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי קבוצת קוקה קולה ובני משפחותיהם

1. הגדרות כלליות

בפוליסה ובפרקיה 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 כללים המתייחסים לכל פרקי ונספחי הפוליסה, וכל נספח ותוספת המצורפים לפוליסה שהוסכם עליהם בכתב על ידי שני הצדדים.
- 1.3 "הסכם קודם" - הסכם לעריכת פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית שנערך בין בעל הפוליסה לבין המבטח והיה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.4 "הסכמים קודמים"/"הסכם מקורי" - ההסכמים שנחתמו בין הצדדים לתקופה מיום 01.12.06-30.11.09 ו-01.12.09-30.11.12 ו-01.12.12-30.11.15 לרבות הסכם מקורי מיום 01.12.03 ופוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.5 "הסכם הביטוח" - הסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטח לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
- 1.6 "בעל הפוליסה" - החברה המרכזית לייצור משקאות קלים בע"מ.
- 1.7 "עובד קיים" - כל מי שהינו עובד אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הפוליסה, ובכלל זה מי שנמצאת בחופשת לידה.
- 1.8 "עובד חדש" - עובד אשר תחילת עבודתו הינה לאחר תאריך תחילת הביטוח על פי הסכם זה, או עובד קיים שטרם התקבל לקביעות.
- 1.9 "מועד זכאות לביטוח" - תאריך תחילת עבודה של העובד או המועד בו התקבל עובד זמני לקביעות.
- 1.10 "בן משפחה" - בן/בת זוג של עובד לרבות ידועה/בציבור וכן ילד/ה של העובד ו/או של בן/בת זוג לרבות ידועה/בציבור וכן חתן/כלה של עובד וכן נכד/ה של עובד.
- 1.11 "מבוטח/מבוטחים" - עובד ו/או בן משפחה אשר שמו/ה מופיע ברשימת המבוטחים המועברת לחברה מידי חודש על ידי בעל הפוליסה.
- 1.12 "מבוטח קיים/מבוטחים קיימים" - מבוטחים אשר היו מבוטחים בחברה במועד תחילת הפוליסה על פי ההסכם הקודם.
- 1.13 "ילד" - ילד/ה של עובד/ת אשר גילו הנו עד 26 שנה.
- 1.14 "מבוגר" - עובד ו/או בן משפחה או ילד מעל גיל 26.
- 1.15 "עובד חו"ל" - עובד (כולל עובד בחופשה ללא תשלום) השוהה מטעם בעל הפוליסה בחו"ל, ולא משולמים בגינו דמי ביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.16 "מבוטח חוזר" - עובד אצל בעל הפוליסה ו/או בן משפחה כאמור בסעיפים 1.15-1.7 אשר היה מבוטח על פי פוליסה זו והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו בכתב וביקש לחדש את צירופו לביטוח לאחר בקשת הביטול.
- 1.17 "תאריך תחילת הביטוח"/"המועד הקובע" - מיום 01.05.2022.
- 1.18 "תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף מבוטח לביטוח זה.
- 1.19 "דמי הביטוח"/"הפרמיה" - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.
- 1.20 "מקרה הביטוח" - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה. למען הסר ספק מובהר

- בזאת, כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול ו/או ריפוי רפואי המהווה ו/או כתוצאה ממקרה ביטוח הנו חלק מאותו מקרה ביטוח.
- 1.21 **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבטוח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה ממועד ההצטרפות. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטוח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבטוח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה) דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת הביטוח. להסרת ספק, תקופת האכשרה לא תחול על אדם שברשותו פוליסת ביטוח בריאות (פרטי או קבוצתי) בת תוקף של חברת ביטוח ערב תאריך ההצטרפות, לגבי אותם כסויים המקבילים לכסויים בהסכם זה.
- 1.22 **"תקופת אכשרה למבטוחים קיימים"** - מבטוחים קיימים יהיו מבטוחים על פי תנאי פוליסה זו ללא תקופת אכשרה.
- 1.23 **תקופת אכשרה לעובד חו"ל** - עובדי חו"ל ובני משפחותיהם יהיו פטורים מתקופת אכשרה ומילוי הצהרת בריאות ובתנאי שתוך 90 יום מיום חזרתו לעבוד אצל בעל הפוליסה הצטרפו לביטוח.
- 1.24 **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף מוסמך אחר שיבוא במקומו.
- 1.25 **"תקופת ביטוח/שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה בהם תחילתה ביום תחילת הביטוח כמפורט לעיל.
- 1.26 **"תקרת כסוי"/"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר כל ספק ועל אף האמור בכל הוראה אחרת בפוליסה ו/או נספח אשר יוחלף בין הצדדים, סכום הביטוח כאמור הנו מוגבל אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד ולא תהא כל מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.
- 1.27 **"גיל"** - גיל המבטוח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו, ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבטוח כמפורט בפוליסה.
- 1.28 **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
- 1.29 **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבטוח.
- 1.30 **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.31 **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
- 1.32 **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, כולל תיקוניו ותקנותיו.
- 1.33 **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.34 **"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.
- 1.35 **"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 המבטוח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.36 **"ישראל"** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.

- 1.37. "חול" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כהגדרתן על פי משרד החוץ.
- 1.38. "מוסד רפואי" - בית חולים, מרפאה.
- 1.39. "טיפול חלופי לניתוח" - טיפול רפואי שאיננו ניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע.
- 1.40. "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
- 1.41. "בית חולים פרטי" - בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
- 1.42. "בית חולים ציבורי" - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.43. "בית חולים בחו"ל" - מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא, כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.
- 1.44. "מרפאה" - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית.
- 1.45. "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.46. "אשפוז" - שהייה בחדר בבית חולים ו/או מרפאה לצורך ביצוע ניתוח ו/או טיפול ו/או ריפוי המכוסה בפוליסה.
- 1.47. "בדיקות" - בדיקות מכל סוג שהוא לרבות בדיקות נדרשות ו/או נחוצות ו/או עזר לקביעת האבחנה במסגרת הייעוץ המוקדם ו/או במהלך הניתוח ו/או לאחריו לרבות במהלך האשפוז. ובתנאי שקיים אישור של רופא לגבי הצורך בביצוען הבדיקות האמורות תתבצענה במעבדה או בביו"ח כלשהו, בין פרטי ובין ציבור או ממשלתי.
- 1.48. "פיזיותרפיה" - טיפול פיזיותרפי ע"י רופא מומחה או אחות/פרטי/ת או כל אדם אחר בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות, לביצוע טיפול כזה ובתנאי שהצורך בטיפול אושר ו/או הומלץ ע"י רופא מומחה.
- 1.49. "טיפול ניסיוני" - טיפול רפואי (ניתוח, השתלה, טיפול תרופתי, טיפול רפואי כלשהו) אשר אינו מאושר ע"י אף אחת מהרשויות המוסמכות בישראל או ע"י ה-F.D.A ו/או ע"י רשות מוסמכת במדינות האיחוד האירופי, קנדה, ו/או אוסטרליה, לטיפול במצבו הרפואי הספציפי של המבוטח, להוציא טיפולים אשר אושרו על ידי ועדת הלסינקי.
- 1.50. "ועדת הלסינקי" - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999).
- 1.51. "רופא" - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.52. "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.
- 1.53. "רופא מנתח" - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח.
- 1.54. "רופא מרדים" - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.

- 1.55. **"אח/אחות"** - אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות בישראל או רשות מוסמכת אחרת בישראל או בחו"ל.
- 1.56. **"חדר ניתוח"** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.57. **"נותן שירות"** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבטוח, תשלום לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.58. **"נותן שירות/ספק שבהסכם"** - רופא מנתח או רופא מומחה, בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, אח/ות וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם.
- 1.59. **"שתל - תותבת"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאביזר טבעי, או אביזר מלאכותי מפרק מלאכותי או טבעי ובכלל זה משתלים מיוחדים גיליים או מפרשי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבטוח במהלך ותוך כדי ניתוח (כגון: עדשה, פרק ירך, סטנט וכיו') למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך ההשתלה.
- 1.60. **"טיפול רפואי חוזר"** - טיפול רפואי חוזר כלשהו (ובכלל זאת חוות דעת) אשר נדרש בעקבות מקרה ביטוח יחשב אף הוא למקרה ביטוח, והכול ללא כל הגבלה ו/או תוספת תשלום ו/או תמורה כלשהי לרבות השתתפות עצמית מאת המבטוח. טיפול חוזר שבוצע תוך 120 יום ממועד הטיפול הראשון יהיה ללא ניכוי השתתפות עצמית ולא יחשב כטיפול חוזר.
- 1.61. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבטוח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבטוח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של הבעל פוליסה.
- 1.62. **"כפל ביטוח"** - היה והמבטוח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה הביטוח גם לפי פוליסת בריאות אחרת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, יהיה אחראי המבטח, לחוד, כלפי המבטוח על מלוא הסכום, עד לגובה תקרת תגמולי הביטוח הקבועה בפוליסה.
- 1.63. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבטוח בהוצאה בגין מקרה הביטוח.
- 1.64. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".
- 1.65. **"רצף ביטוחי"** - הצטרפות מהסכם קודם / הסכמים קודמים (כהגדרתם לעיל) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות ו/או ללא תקופת אכשרה, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבטוח לביטוח את מועד הצטרפותו להסכם הקודם/ הסכמים קודמים.
- 1.66. **"מצב רפואי קודם"** - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטוח לפני מועד הצטרפותו לביטוח. לעניין זה "אובחנו במבטוח" בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. כמצב רפואי קודם, כמוגדר לעיל, יחשב גם מום או מחלה מולדים בילד שנולד וצורך לביטוח במהלך תקופת הביטוח על פי הסכם זה.
- חריג זה, לעניין מום או מחלה מולדים, לא יחול במקרים בהם היה אחד ההורים מבטוח בפוליסה זו במשך 9 חודשים טרם הצטרפות הילד לביטוח.
- 1.67. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"**: חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבטוח בתקופה שבה חל הסייג.

- 1.68. "תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם": סייג בשל מצב רפואי קודם, יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
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.

2. תוקף הפוליסה

פוליסה זו תיכנס לתקופה החל מתאריך תחילת הביטוח.

3. אופן ההצטרפות

- 3.1. **מבוטחים קיימים** - כל המבוטחים הקיימים יצורפו לרובד בו היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקודם באופן אובליגטורי ממועד תחילת הביטוח וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום.
- 3.2. **עובדים קיימים שאינם מבוטחים קיימים** - יצורפו לביטוח באופן וולונטרי (במימון בעל הפוליסה למעט גילום שווי המס עבור הרובד הראשון ובמימון מלא של העובד עבור הרובד השני), לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור, במשך 4 חודשים ממועד תחילת הביטוח יוכלו להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר 4 חודשים כאמור, יוכלו להצטרף לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.
- 3.3. **מבוטחים קיימים המבוטחים ברובד הראשון בלבד** - יצורפו לביטוח ברובד השני באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור, במשך 4 חודשים ממועד תחילת הביטוח יוכלו להצטרף לרובד השני ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר 4 חודשים כאמור, יוכלו להצטרף לרובד השני בכפוף למילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.
- 3.4. **עובדים חדשים** - יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, (במימון בעל הפוליסה למעט גילום שווי המס עבור הרובד הראשון ובמימון מלא של העובד עבור הרובד השני), כאשר במשך 4 חודשים ממועד תחילת הביטוח / מועד הזכאות לביטוח יוכלו להצטרף ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. לאחר 4 חודשים כאמור, יוכלו להצטרף בכפוף למילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי הקבלה לביטוח.
- 3.5. **בן משפחה חדש** - בן משפחה יצורף באופן וולונטרי לביטוח לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתו לביטוח. למרות האמור, במשך 4 חודשים ממועד תחילת הביטוח / מועד הזכאות לביטוח לגבי עובד חדש /או עובד זמני שהתקבל לקביעות / הצטרפות בן המשפחה למשפחה העובד (עקב נישואין, לידה, אימוץ), יוכל בן המשפחה להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות.
- 3.6. **צירוף תינוק שנולד** - תינוק שנולד אשר יצורף תוך 5 חודשים, יצורף ללא צורך בהצהרת בריאות. צירופו לביטוח יהיה רטרואקטיבית ממועד לידתו והפרמיה בגינו תיגבה בהתאם.
- 3.7. יובהר, כי ילדים שצורפו לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לילדים בוגרים על פי תנאי הפוליסה ימשיכו בביטוח בתעריף בן/בת זוג/ ילד בוגר החל מהתאריך בו הגיעו לגיל בוגר כמוגדר כאמור.

- 3.8. **צירוף ילדים בוגרים (ילדים בגיל 26 ומעלה) -** יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, ילדים בוגרים המצטרפים תוך 4 חודשים מיום תחילת הביטוח או ילדים בוגרים של עובד חדש המצטרפים תוך 4 חודשים מיום תחילת עבודתו, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות.
- 3.9. מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.
- 3.10. **הרובד ראשון כולל את הכיסויים הבאים:**
 פרק א' - ביטוח להשתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
 פרק ב' - ביטוח מורחב לניתוחים פרטיים בארץ - פוליסה אחידה עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪
 פרק ג' - ביטוח מורחב לניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
 פרק ד' - כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית
 פרק ה' - שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח
- 3.11. **רובד שני יכלול את הכיסויים הבאים:**
 פרק ו' - שירותי רפואה משלימה
 פרק ז' - שירותים רפואיים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה
- 3.12. **צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:**
 3.12.1. מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
 3.12.1.1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 10(ג) לחוק עובדים זרים;
 3.12.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;
 לא תצטרף החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור (בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד; ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.
- 3.12.2. סעיף 3.12.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:
 3.12.2.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
 3.12.2.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

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

- (א) ניתוחים
- (ב) תרופות
- (ג) השתלות
- (ד) מחלות קשות
- (ה) שיניים
- (ו) תאונות אישיות

4. תקופת הביטוח

- 4.1. תקופת הביטוח תהיה 60 חודשים מתאריך תחילת הביטוח ועד ליום 30.4.2027.
- 4.2. תקופת הביטוח לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים.
- 4.3. על אף האמור בכל הוראה אחרת בפוליסה ו/או בנספחים, בעל הפוליסה רשאי בכל עת בהתאם לשיקול דעתו הבלעדי, להודיע על סיום ו/או ביטול הפוליסה לפני תום תקופת הסכם זה לפי העניין בהודעה מראש ובכתב של 30 יום, ללא כל טענות ו/או דרישות מאת החברה ובתנאי כי יימצא ביטוח חליפי למבוטחים בחברת ביטוח אחרת עד תום תקופת ההסכם.
- 4.4. על אף האמור בכל הוראה אחרת בפוליסה ו/או בנספחים, כל מבוטח רשאי בכל עת מכל סיבה שהיא לעזוב את הסדר הביטוח ו/או הפוליסה, בהודעה שתינתן לבעל הפוליסה ומיום ההודעה המבוטח יוצא מהסדר הביטוח ללא כל טענות ו/או דרישות מאת החברה.
- 4.4. החברה אינה רשאית לבטל ו/או לסיים את הפוליסה ו/או את הנספחים המצורפים לה לפני תום תקופת הפוליסה.
- 4.5. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה - **סעיף 9 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**.
- 4.6. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם. **סעיף 4(ג) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**.
- 4.7. **תום תקופת הביטוח על פי פוליסה זו לגבי כל מבוטח יהיה במוקדם מבין המקרים הבאים:**
 - 4.7.1. במועד תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 4.1 לעיל.
 - 4.7.2. לפי המוקדם במקרים המנויים בסעיף 4.8 להלן.
 - 4.7.3. על פי בקשת המבוטח בכתב לבעל הפוליסה והסרתו מקובץ המבוטחים החודשי.
 - 4.7.4. במועד סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה. יובהר כי במועד זה הביטוח יסתיים הן לגבי המבוטח העובד והן לגבי בני משפחתו המבוטחים.
- 4.8. **ברות ביטוח - ביטוח המשך בפוליסת פרט ללא חיתום**
 - 4.8.1. במקרים המנויים בסעיף 4.8.2 להלן יתאפשר למבוטח המבוטח במסגרת הסכם זה לעבור לפוליסת פרט (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:
 - 4.8.1.1. פוליסת המשך תהיה בהיקף כיסויים דומים (אך לא זהים) לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, המקובלות

אצל המבטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות המפקח על הביטוח.

4.8.1.2 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 30% ל-3 שנים.

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

4.8.2 האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 4.8 תינתן למי שהיה מבוטח ברציפות בפוליסה לפני מועד הפסקת הביטוח הקבוצתי, וזאת במקרים ובתנאים המפורטים להלן:

4.8.2.1 סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשל כך מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

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

4.8.2.3 פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

4.8.2.4 גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

4.8.3 במקרים המפורטים בסעיף קטן 4.8.2.1-4.8.2.3, תיפנה 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 הצטרפות המבוטח לפוליסת המשך, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.

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

4.8.5 למען הסר ספק, אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבפוליסה הקולקטיבית תוכל החברה לדרוש כי ימלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. להסרת ספק מובהר, כי לגבי הכיסויים החופפים או הדומים לא תידרש הצהרת בריאות ו/או תקופת אכשרה.

4.9 **מבוטחים שביום ההצטרפות לפוליסה זו היו בעלי פוליסת ביטוח בריאות תקפה של חברת ביטוח אחרת, יחולו לגביהם הכללים הבאים:**

4.9.1 תאריך תחילת הביטוח של מבוטח בהתאם לפוליסה זו יהא התאריך הרשום בפוליסה שבידי המבוטח קודם הצטרפותו לפוליסה זו, לגבי הכיסויים החופפים.

4.9.2 במידה ובוצע חיתום מוקדם למבוטח יחול חיתום זה גם על פוליסה זו ובלבד שהמבוטח המציא אישור בכתב מאת חברת הביטוח המפרט את תנאי החיתום, בכל מקרה החיתום הקיים לא יוכל להרע את מצב המבוטח לעומת האמור בפוליסה זו אלא רק להיטיב עמו.

4.9.3 בכל מקרה של סתירה בין תנאי החיתום בפוליסה הקודמת לתנאי פוליסה זו יתקבל הפירוש המטיב עם המבוטח.

למען הסר ספק, ישמר רצף ביטוחי למבוטחים בעלי פוליסות ביטוח בריאות פרטית או קבוצתית תקפה של חברות ביטוח אחרות עבור הכיסויים והסכומים הזהים.

4.10. מוסכם, כי במקרה בו עובד, עובד חו"ל ו/או בן משפחה לא נכלל ברשימת המבוטחים בטעות, מכל סיבה שהיא, תהווה הצהרתו בכתב של נציג בעל הפוליסה על טעות זו, הוכחה בלתי ניתנת לסתירה על היותו של העובד, עובד חו"ל ו/או בן משפחה זה (לפי העניין) מבוטח באופן מלא (החל מהמועד שיציין נציג בעל הפוליסה) על פי חוזה זה. במקרה כזה (באם נדרש) ישולמו דמי הביטוח באופן רטרואקטיבי.

5. דמי הביטוח

- 5.1. דמי הביטוח עבור הרובד הראשון יהיו כדלקמן:
עובד/ת, בן/ת זוג 32.50 ₪
ילד: 6.70 ₪ (מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה. נכדים - כולם משלמים)
- 5.2. דמי הביטוח עבור העובדים ובני משפחותיהם אשר יצטרפו לרובד השני יהיו כדלקמן:
עובד/ת, בן/ת זוג: 31.00 ₪
ילד: 3.00 ₪ (מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה. נכדים - כולם משלמים)
- 5.3. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה ב-10 לחודש הביטוח העוקב.
- 5.4. החברה לא תהייה זכאית לתשלום ו/או גמול נוסף (מעבר לדמי הביטוח) ומצהירה כי דמי הביטוח הינם סופיים ואינם ניתנים לשינוי מכל סיבה שהיא, למעט אם הסכימו הצדדים אחרת ובכתב.
- 5.5. **דמי הביטוח וסכומי הביטוח לא יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן.**
- 5.6. דמי הביטוח ישולמו על פי מכפלת מספר המבוטחים בפוליסה, על פי המפורט בסעיף 5.1 ו-5.2 לעיל.
- 5.7. דמי הביטוח יועברו במרוכז על ידי הבעל פוליסה לחברה.
- 5.8. **התאמת פרמיה**
לאחר 18 חודשים מתאריך תחילת הביטוח ולאחר 36 חודשים מתאריך תחילת הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני הפוליסה לבחינת הצורך בקיום התאמת דמי הביטוח ו/או שינויים בכיסויים כחלופה להתאמת דמי הביטוח.
- 5.9. **קביעת דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:**
מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" -
(1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
(2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
(3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנוכללה בפוליסה;

- (4) במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

6. 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. 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.
- 6.2. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.
- 6.3. נפטר המבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייבה החברה לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, תשלם את היתרה לעיזבונן ו/או ליורשיו של המבוטח על פי צו קיום צוואה ו/או על פי צו ירושה.
- 6.4. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכומי הביטוח הנקובים בפוליסה ו/או בנספחים לגבי כל פרק ופרק, נספח ונספח בנפרד.
- 6.5. 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. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותה של החברה כאמור, והחברה מתחייבת להחזיר למבוטח את הוצאותיו הסבירות בגין שיתוף הפעולה האמור.
- 6.6. הוראות לענין חבות משותפת וזכות שיבוב - סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:
- 6.6.1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.
- 6.6.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
- 6.7. על אף האמור בכל הוראה אחרת בפוליסה ו/או הנספחים, החברה מצהירה, כי לא תחייב את המבוטח ו/או בעל הפוליסה לצרוך ו/או לקבל שירותים כלשהם כמפורט בפוליסה, בין רפואיים ובין אחרים מאת נותני השירות ולמבוטח ו/או בעל הפוליסה, שיקול דעת בלעדי ו/או האפשרות ו/או הזכאות לקבל שירותים, בין רפואיים ובין אחרים, מאת בית חולים מעבדה, רופא, רופא מומחה, מנתח אחר ואח/ אחות כלשהם.

7. תביעות

- 7.1. החברה תשלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו או תעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם אם נתקיימו כל אלה:
- 7.1.1. מבוטח הודיע מראש לחברה על מקרה הביטוח וקיבל אישור החברה לחבותה על פי פוליסה זו. קבלת אישור החברה לקיום מקרה ביטוח

ולחבותה, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה. קרה מקרה ביטוח ועקב מצב חירום רפואי או נסיבות שאינן בשליטתו של המבוטח, נמנע מהמבוטח להודיע לחברה, תשלם החברה תגמולי ביטוח בהתאם לפוליסה זו. למרות האמור לעיל, אי הודעה מראש על מקרה הביטוח שנבעה מתום לב וחוסר ידיעה של המבוטח לא תגרע מחבות החברה לתשלום תגמולי הביטוח ובתנאי שאינה פוגעת באפשרות החברה לבדוק זכאות המבוטח לתגמולי ביטוח.

7.1.2. אישור החברה לחבותה על פי פוליסה זו יינתן לא יאוחר מ-5 ימי עבודה ממועד הגשת הבקשה וכל המסמכים הרפואיים הנדרשים או מועד מוקדם יותר, היה ומצבו של המבוטח מחייב זאת. לחברה לא תהייה זכות לעכב אישור חבותה מסיבות בלתי ענייניות ושאינן סבירות. האמור לעיל יחול רק במידה ולצורך בדיקת התביעה לא יידרש תיק רפואי שמועד קבלתו אינו תלוי בחברה.

7.1.3. המבוטח חתם על כתב וויתור סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים הדרושים לחברה לברור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

7.1.4. החברה תהא זכאית לנהל על חשבונה כל בדיקה באופן סביר לברור חבותה הביטוחית על פי פוליסה זו, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמה ובלבד שמצב המבוטח מאפשר זאת ואין בביצוע הבדיקה משום חמרת מצבו של המבוטח או עיכוב בטיפול ו/או בריפוי לו הוא נדרש. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

7.2. החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מבוצעים בפועל על ידי החברה, ולנזקים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירותו של המבוטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבוטח על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה, ככל שקיימים כתבי שירות בפוליסה.

7.3. החברה תעמיד לרשות המבוטחים מוקד שירות ותביעות שיפעל 24 שעות ביממה 365 ימים בשנה.

7.4. החברה תמציא לבעל הפוליסה דוחות תקופתיים כל חצי שנה (6 חודשים) בכתב או בדואר אלקטרוני בגין התביעות שהוגשו ע"י המבוטחים והכוללת בין היתר תביעות ששולמו ותביעות פתוחות. כמו כן, רשימה זו תכלול את כל ההודעות שנמסרו לחברה לרבות הערכת ההוצאות והתגמולים.

8. חריגים כללים

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

8.1. מצב רפואי קודם כמוגדר בסעיף 1.66 לעיל.

חריג בגין מצב רפואי קודם יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

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

8.1.2. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

8.2. אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.

- 8.3. מקרה ביטוח נגרם כתוצאה מזיהום רדיואקטיבי או השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית.
- 8.4. מקרה הביטוח הינו ניסיוני ולא אושר על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל. למרות האמור לעיל, יכוסה מקרה ביטוח ניסיוני אשר אושר ע"י החברה.
- הוראות בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:
9. מתן מסמכים והודעות למבוטח - סעיפים 6,7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי.
- 9.1. מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;
- 9.2. על אף האמור בסעיף 9.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת 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.
- 9.3. חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 9.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לגבי גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 9.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בסעיף 3.12 לעיל, יתכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 3.12.2.2 לעיל; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- 9.5.1. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים. הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 9.5.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויצוין בה את זכות המשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

9.5.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 10.3 להלן ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

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

10.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 3.12.2 לעיל והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

10.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 3.12 לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 3.12.2 לעיל; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

10.3. על אף האמור 4.5 לעיל, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1) לתקנות אלו, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

11. הצמדה

11.1. דמי הביטוח אינם צמודים למדד.

11.2. תגמולי הביטוח אינם צמודים למדד.

12. חוק הביטוח וחוק הבריאות

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

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

13. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על -פי פוליסה זו, היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. אם עילת התביעה הנה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת התיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

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

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

15. הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

16. תיקונים ושינויים בפוליסה

- 16.1. החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם.
- 16.2. כל שינוי, התאמה, תיקון או הוספה לפוליסה זו יהיו ברי תוקף ובלבד שנערכו בכתב לאחר חתימת הסכם זה ונחתמו על ידי שני הצדדים לפוליסה זו.
- 16.3. אחת לשנה רשאי בעל הפוליסה לדרוש שינוי בתנאי הפוליסה ו/או שינוי בהיקפי הכיסוי הביטוחי ו/או הוספת כיסויים ו/או הפחתת כיסויים. השינויים המבוקשים יבוצעו בכפוף להסכמת החברה.

17. תקנות הפיקוח על הביטוח

החברה מתחייבת כי במידה ובמהלך תקופת ההסכם, יפרסם המפקח/ת על הביטוח חוזרים, תקנות, הוראות או הנחיות בנוגע לביטוח בריאות, ביטוחי פרט או קולקטיבים, אשר מיטיבות באופן כלשהו עם המבוטח ו/או בעל-הפוליסה, יחולו הטבות אלו על הסכם זה ממועד כניסתן לתוקף. במידה והשינוי דורש התאמת תמחור תעביר החברה את עלות השינוי ובעל הפוליסה יבחר אם לאמץ את השינוי. בכל מקרה של סתירה בין הוראות אילו לתנאי הפוליסה יחולו התנאים המיטיבים עם המבוטח ו/או בעל הפוליסה.

18. הבהרות

- 18.1. בכל מקרה של סתירה בין ו/או אי בהירות ו/או דו משמעויות בין הוראות ההסכמים הקודמים לבין הוראות הסכם זה תתקבל הפרשנות המיטיבה עם המבוטח, תוך השענות על העיקרון כי הסכם זה על כל נספחיו בא להיטיב ולשפר את תנאי ההסכם הקודם אלא אם כן הוסכם במפורש ובכתב על ידי הצדדים אחרת.
- 18.2. מובהר בזאת כי, כל המבוטחים שהיו מבוטחים על פי ההסכם הקודם ואשר פרטיהם נמסרו למבטח במועד תחילת הביטוח המקורי או במהלך תקופת ההסכם הקודמת, יצורפו לביטוח על פי הוראות הסכם זה באופן גורף, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או תקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה. עובדים ובני משפחה אשר הצטרפו בתקופת ההסכם הקודמת ומילאו הצהרת בריאות לשם הצטרפותם, ייחשבו כאילו הצטרפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ויכוסו ע"פ תנאי הפוליסה ויבוטלו ההחלטות האישיות אם נקבעו בעת ההצטרפות ללא חריגים וללא סייג רפואי קודם.

רובד ראשון

פרק א': ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1.1.1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא הצורך בביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל.

1.1.1.1. השתלה:

כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה וכל שילוב ביניהם, קרנית, השתלת מח עצם, לרבות השתלת מח עצם עצמית, אונת כבד, רחם, תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי ו/או דם פריפרי מתורם זר ו/או מגופו של המבוטח וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו או איבר מלאכותי ו/או תפעול באמצעות איבר מלאכותי (קוצב לב ודיאליזה לא יכוסו במסגרת פרק זה אלא במסגרת פרק הניתוחים תחת סעיף תותבות) וכן השתלת איבר מבע"ח (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"י הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או ארה"ב או האיחוד האירופי).

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

1.2. טיפול רפואי מיוחד בחו"ל:

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

1.2.1. הטיפול המיוחד ו/או הניתוח אינו בר ביצוע על ידי שירותי הרפואה בישראל.

1.2.2. זמן המתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן המתנה סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.

1.2.3. סיכויי ההצלחה ו/או סיכויי ההחלמה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית מביצוע הטיפול המיוחד בארץ.

1.2.4. הטיפול נועד להציל חיים.

1.3. מובהר בזאת כי:

הסמכות המאשרת את הצורך להשתלה או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל הינה רופא מומחה ורלוונטי לעניין מטעם המבוטח.

1.4. יובהר כי השתלה חוזרת ו/או טיפול חוזר מיוחד בחו"ל, יחשב כמקרה ביטוח חדש.

2. סכום הביטוח:

2.1. החברה תשפה את המבוטח על תשלומיו כלהלן:

2.1.1. להשתלה:

2.1.1.1. אצל נותן שירות בהסכם עם המבטח - ללא תקרה.

2.1.1.2. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 5,000,000 ש"ח.

2.1.2. לטיפול מיוחד בחו"ל -

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

2.1.2.2. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,000,000 ש"ח.

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

2.3. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הרפואיות הממשיות המפורטות להלן ששילם בפועל לנוותן השירות הרפואי. התשלום יבוצע כנגד קבלות מקוריות או העתקן המפורטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במבוטח, הסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח הכוללים פירוט כל הפעולות, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי כמפורט בסעיף 2.1 לעיל. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

3. התחייבות החברה:

בקרות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח כמפורט להלן:

3.1. אפשרות שיפוי להשתלה או לטיפול המיוחד בהתאם למפורט להלן:

3.1.1. תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, כולל הוצאות בגין טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת ההערכה.

3.1.2. תשלום עבור הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת להשגת, לקציר האיבר המושתל שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. כולל כיסוי ההוצאות הרפואיות הקשורות באיתור התורם כולל הוצאות טיסה ושהייה לצורך איתור תורם עבור המבוטח ומלווה אחד. הכיסוי יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת נדרשת לצורך איתור האיבר והשגתו.

3.1.3. הוצאות אשפוז בחו"ל עד 365 ימים לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל והוצאות לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל לרבות שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות, ולרבות טיפולי דיאליזה.

3.1.4. תשלום לכל הצוות הרפואי והצוות הפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז וכן תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.1.5. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. לרבות הוצאות העברה יבשתית מלאה של המבוטח ומלווה משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. על אף האמור לעיל, במידה והמבוטח הינו ילד מתחת לגיל 21, תכסה החברה הוצאות טיסה ושהייה של שני מלווים.

3.1.6. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, כולל ליווי רופא מלווה. לרבות הוצאות העברה יבשתית מלאה של המבוטח ומלווה משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.

3.1.7. תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, במידה והמושטל הינו ילד עד גיל 21 התשלום יהיה עבור שני מלווים.

3.1.8. תשלום נוסף עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד לסכום של 200,000 ₪ להשתלה או עד לסך של 150,000 ₪ לטיפול המיוחד.

3.1.9. תשלום מלא עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.1.10. תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל - אם לא ניתן להעביר את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.

3.1.11. הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש המבוטח להוציא בחו"ל ע"פ הוראה רפואית.

3.1.12. ביצע המבוטח השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה זכאי לסכום חודשי של 6,000 ₪, אשר ישולם למבוטח לאחר ביצוע ההשתלה ולמשך תקופה מרבית של 24 חודשים למעט במקרה של השתלת קרנית.

3.1.13. ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,000 ₪ בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.1.14. מבוטח אשר נזקק להשתלה ובשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו, יהיה זכאי לקצבה חודשית בסך של 3,500 ₪, וזאת לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-6 חודשים, מבוטח כאמור, אשר שוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל בגין התקופה בה היה מאושפז.

3.2. **ביצוע השתלה שלא במימון החברה בחו"ל** - אם ביצע המבוטח השתלה בחו"ל שהחברה לא השתתפה במימונה, בין בתשלום ישירות לנותן השירות ובין במתן שיפוי למבוטח כנגד הוצאותיו ובין אם בתשלום לקופות חולים ו/או לגורם אחר, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי בגובה 400,000 ₪ למעט במקרה של השתלת מח עצם עצמית או קרנית ובתנאי כי נטילת האיבר והשתלת האיבר עומדים בהוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח.

בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבוטח 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': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה כולל השתתפות עצמית בגובה ₪3,000

1. הגדרות:

בנספח זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:

1.1. בית חולים פרטי:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי נספח 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.

1.2. 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.

1.3. 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.

1.4. 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. ניתוח:

פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.6. קופת חולים:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי נספח זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.7. רופא מומחה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי נספח 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, לצורכי נספח זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כל אבזר, 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 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 והכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.10 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.

1.11 תקופת אכשרה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי נספח 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 מבוטח.

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 למבוטח עימו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

3. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מקרים אלה:

3.1 **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח** ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. 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; בניכוי השתתפות עצמית** כמפורט בסעיף 3.5 להלן.

3.3 **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית;** כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, **בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 3.5**, 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.

3.5 **השתתפות עצמית בגין ביצוע ניתוח:**

3.5.1 בקרות מקרה ביטוח של ביצוע ניתוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבוטח הסדר ניתוח עמם, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המפורטות **בסעיפים 3.2 ו-3.3** לעיל, בניכוי השתתפות עצמית למקרה ביטוח בגובה 3,000 ₪.

למרות האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית כאמור בגין תשלומים לפי סעיפים 3.2 ו-3.3 לעיל, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

- 3.5.1.1. למבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי;
 - 3.5.1.2. קיימות למבטח הוצאות רפואיות מעבר לכיסוי שקיבל מהשב"ן (ובלבד שקיבל כיסוי), בגין ביצוע ניתוח שהינו בהסדר בשב"ן.
- 3.5.2. במקרה שבו עלות הניתוח של המבטח נמוכה מ-3,000 ₪ על פי הסדר ניתוח שיש למבטח עם רופא ו/או מוסד רפואי, יאפשר המבטח למבטח לבצע את הניתוח על פי עלות הסדר הניתוח שיש למבטח עם אותו רופא ו/או מוסד רפואי, עבור הניתוח של המבטח.
- התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו-3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור.** יובהר כי במקרה ששילם המבטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. חריגים

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על נספח זה. החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 4.1. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 4.2.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 4.2.2. ניתוח לקיצור קיבה למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.4. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטח 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 המבטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.5. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.6. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.8. 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. תקופת אכשרה

5.1. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 270 יום.

פרק ג': ביטוח לניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. מקרה הביטוח

צורך בביצוע ניתוח / טיפול מחליף ניתוח

2. הגדרות

2.1. "ניתוח" - כל פעולה פולשנית חדירתית (INVASIVE) החודרת דרך רקמות כולל באמצעות לייזר אשר מטרתה טיפול ו/או מניעת מצב רפואי שעלול על פי כל קנה מידה רפואי מקובל לסכן את חייו ו/או להחמיר את מצב בריאותו של המבוטח, ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות. במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח), וכולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדו', צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה.

להסרת ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, ובאים במקום הניתוח ו/או תוספת להגדרת ניתוח לעיל.

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

2.2. "טיפול מחליף ניתוח" - טיפול רפואי שאיננו ניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו שאותו הוא מחליף.

3. הסמכות המאשרת

הסמכות המאשרת את הצורך בניתוח הינה רופא מומחה ורלוונטי לעניין מטעם המבוטח ועל פי אמות מידה רפואיות מקובלות.

4. התחייבות החברה תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח:

4.1. שהינו ניתוח פרטי בחו"ל -

בקרת מקרה הביטוח, תשלם החברה ישירות לספק השרות ו/או תשפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח כגון: שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות אשפוז, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, בדיקות פתולוגיות, תותבת וכל הוצאה אחרת במהלך האשפוז הקשורה ישירות לניתוח.

4.1.1. בנוסף לאמור בסעיף 4.1 לעיל, תכסה החברה גם את ההוצאות הבאות:

4.1.1.1. כיסוי להוצאות הטסה רפואית

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית במלואה.

"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.

4.1.1.2. כיסוי להוצאות הטסת גופה

החברה תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.

4.1.1.3. כיסוי להוצאות שהייה

במקרה ותקופת האשפוז לאחר ניתוח תעלה על 7 ימים, החברה תכסה את הוצאות השהייה של מלווה אחד, לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 800 ש"ח ליום, לתקופה מרבית של 30 יום. על אף האמור לעיל, במידה והמבוטח הינו ילד מתחת לגיל 21, תכסה החברה הוצאות שהייה של שני מלווים עד לתקרה של 2,400 ש"ח ליום לתקופה מרבית של 30 יום.

4.1.1.4. כיסוי הוצאות נסיעה

במקרה ותקופת האשפוז לאחר ניתוח תעלה על 7 ימים, תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. לרבות הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלווה משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. על אף האמור לעיל, במידה והמבוטח הינו ילד מתחת לגיל 21 תכסה החברה הוצאות טיסה ושהייה של שני מלווים.

4.1.1.5. הוצאות העברה יבשתית

עד תעריף שירותי אמבולנס בארץ מקום ביצוע הניתוח.

4.1.1.6. פיצוי חד פעמי - בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח

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

4.2. **טיפול מחליף ניתוח בחו"ל** - בקרות מקרה הביטוח תשלם החברה ישירות לספק השירות ו/או תשפה את המבוטח עבור הוצאות הרפואיות שהוצאו ע"י המבוטח בפועל הקשורות בביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל כגון:

4.2.1. שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח, הוצאות אשפוז, תרופות במהלך הטיפול מחליף ניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, תותבת, בדיקות פתולוגיות וכל הוצאה רפואית שנדרשה בגין ביצוע הטיפול המחליף ניתוח וזאת עד לסכום הביטוח המירבי כמפורט להלן:

4.2.2. **נותן השירות הינו בהסכם עם החברה המבטחת** - במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע ע"י החברה המבטחת, תשפה החברה את המבוטח באופן מלא באמצעות נותן השירות בחו"ל.

4.2.3. **נותן השירות אינו בהסכם עם החברה המבטחת** - במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע ישירות ע"י המבוטח עם נותן שירות שאינו בהסכם עם חברת הביטוח, תשפה החברה את המבוטח עד לסך של 300% מעלות הטיפול המחליף ניתוח אם היה מבוצע בישראל.

4.3. **הוצאות הבאת מומחה לישראל** - במידה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות תשתתף החברה בהוצאות הבאת המומחה הרפואי לישראל לצורך ביצוע הניתוח / טיפול מחליף ניתוח.

5. חריגים מיוחדים

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

5.1. תרופה כימית ו/או ביולוגית מכל מין וסוג.

5.2. טיפולים ניסיוניים

5.3. טיפולי פוריות

6. תנאים מיוחדים לפרק זה

הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח, ייעשו ישירות על ידי החברה. בהיודע למבטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבחי"ח בחו"ל, יידע את החברה באופן מידי וימסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ומבטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח ו/או יבחר לבצע את הניתוח אצל מנתח ובית חולים שאינם בהסדר עם החברה למרות אישור התביעה ע"י החברה, תגמולי הביטוח יוגבלו לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבטח לנותני שירות שבהסכם בארץ.

פרק ד': כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר מטרתו למנוע, לרפא, לטפל או להקל על הסימפטומים הרפואיים ו/או למנוע החמרת מחלות שכבר הופיעו ו/או מחלות חוזרות.
- 1.2. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.3. **ההגדרה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי**
- 1.3. **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.
- 1.4. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן נותני השירות).
- 1.5. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בגין אותה תרופה. והמשתנה מעת לעת על פי המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.
- 1.6. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל וכפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.7. **סל הבריאות** - משמעו סל הבריאות הממלכתי הכולל את מחויבות המדינה לתושביה על פי חוק בריאות ממלכתי - התשנ"ד 1994, כפי שפורטה בתוספת השנייה לחוק זה, ובכל הפרקים התוספות והתיקונים שפורסמו מאז חקיקתו, הניתנת ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק הבריאות או מכוח כל חוק כל מחויבות אחרת בין קופת חולים לחבריה, כולם או חלקם, בכל מסגרת אחרת.
- 1.8. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם חודשי. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.

2. מקרה הביטוח

- 2.1. מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק לצורך טיפול במחלתו או לצורך החלטתו, על פי הוראת רופא, ליטול תרופה.
- 2.2. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על פי תנאי פרק זה בגין 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, יפן, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).
 - 2.2.2. **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת עפ"י ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת במדינות המוכרות.** תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

- 2.2.3 **תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות והינה תרופה 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 2a
 - ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או 2a
 - 2.2.3.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מ-National Guidelines, NCCN, ASCO, NICE, ESMO Minimal Recommendation. הבאים:
- 2.2.4 **תרופה הנמצאת בתהליכי הגשה לרישום** או הוגשה לרשויות המוסמכות לאישור באחת מהמדינות המוכרות בגין מחלתו של המבוטח.
- 2.2.5 **תרופה למחלה יתומה** - תרופה לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.
- 2.2.6 **כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות ואינן מכוסות על פי סעיפים 2.2.1 - 2.2.5 לעיל** המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי במקרה שבו לא ניתן כיסוי מתוקף סעיפים 2.2.1-2.2.5 לעיל ו/או נמצא בבדיקה גנטית ו/או בבדיקה גנומית ו/או באיבחון מולקולארי של גידול, כי המבוטח זקוק על פי המלצת רופא בתחום הרפואי הרלוונטי לתרופה זו ושניתן אישור לשימוש בתרופה לפי סעיף 29 ג' לתקנות הרוקחים.

3. חבות החברה ותגמולי הביטוח

- 3.1 החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנוותן השרות עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 160 ₪ למרשם לחודש ועד 320 ₪ לכל המרשמים לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי ובכפוף לתנאים כמפורט להלן.
- במקרה שבו רכישת התרופה נעשית על בסיס חודשי, ההשתתפות העצמית למרשם הינה על בסיס חודשי, ותחול על כל חודש בנפרד. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייעד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.
- 3.2 תרופות שעלותן מעל 10,000 ₪ לחודש או תרופות למחלת הסרטן - ללא השתתפות עצמית.
- 3.3 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה התרופה 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 תביעה ו/או תביעות המכוסות בגין סעיפים 2.2.1-2.2.5, יהיה עד 2,000,000 ש"ח סכום זה יתחדש מידי 3 שנים.
- 3.5. סכום הביטוח המרבי בגין תרופה לפי סעיף 2.2.6, יהיה עד 300,000 ש"ח. אולם, במידה ולאחר מיצוי 300,000 ש"ח יוכח כי התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח באמצעות מסמך מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, תקרת הכיסוי על פי סעיף זה תוגדל ותהא בסך כולל של 600,000 ש"ח. סכום זה יתחדש מדי 3 שנים.
- 3.6. החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות ולא רק הזרקת התרופה מתן עירוי וכדומה בסכום שלא יעלה על 4,500 ש"ח לכל סדרת טיפולים.
- 3.7. בחר המבוטח לקבל תרופה המכוסה לפי פוליסה זו באמצעות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בה הוא עמית, ושילם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם.

4. חריגים מיוחדים

- בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
- 4.1. תרופה ניסיונית למעט המפורט בסעיפים 2.2.3-2.2.6.
- 4.2. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 4.3. תרופה שנועדה לטיפול פוריות וטיפולים נגד עקרות.
- 4.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 4.5. טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
- 4.6. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

פרק ה': שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח

1. **מקרה הביטוח:** שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח, אשר ניתנו למבוטח בתקופת הביטוח.
2. **המבוטח יהיה זכאי לשיפוי עבור הכיסויים המפורטים להלן:**
 - 2.1. **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:** החברה תשלם ישירות לבי"ח בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח פרטי, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח.
 - 2.2. **שכר אחות פרטית/אח פרטי בעת ניתוח:** החזר למבוטח עד 1,000 ₪ לכל יום אשפוז עקב ניתוח בבית חולים מוסכם ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.
 - 2.3. **שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים בישראל:** החזר למבוטח בגין שירותי אמבולנס של מגן דוד אדום או שירות אמבולנס אחר עבור העברתו של המבוטח לבי"ח פרטי או ממנו או העברתו בין בתי החולים עקב ניתוח בבית חולים פרטי.
 - 2.4. **הידבקות באידס -** פיצוי חד פעמי בסך 300,000 ₪ בגין הדבקות בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם או מוצריו בעת ניתוח.
 - 2.5. **בדיקות אבחנתיות -** מבוטח אשר יבצע ניתוח המכוסה בפוליסה זו וביצע בטרם ביצוע הניתוח בדיקות הדמיה כגון: US, CT, או בדיקות MRI אשר בגינן נקבע הצורך בניתוח, יכוסו עד לסך של 2,500 ₪ (למעט M.R.I) לניתוח, ועד 4,000 ₪ לבדיקת M.R.I לניתוח ואשר קשורות לביצוע ניתוח על פי פרק זה יובהר כי המבוטח יהיה זכאי לכיסוי עפ"י סעיף זה גם אם הוחלט לאחר מכן לא לבצע את הניתוח בפועל ובלבד שטרם ביצע הבדיקות נקבע כבר הצורך בניתוח והבדיקה בוצעה לצורך ביצועו.
 - 2.6. **הידבקות בנגיף הפטיטיס B -** פיצוי בסך 2,500 ₪ לחודש לתקופה של עד 12 חודשים בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B (צהבת מסוג B) כתוצאה מעירוי דם או מוצריו בעת ניתוח.
 - 2.7. **החלמה לאחר ניתוח**

בוצעו במבוטח ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב, ללא קשר למספר ימי האשפוז בגין ניתוחים אילו, ישפה המבטח את המבוטח כנגד הצגת קבלות על תשלום בגין הוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לביצוע הניתוח, עד לסך של 835 ₪ ליום ולא יותר מ-14 ימי החלמה בבית החלמה המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.
 - 2.8. **תשלום במקרה מוות במהלך ניתוח:**

נפטר המבוטח במהלך 7 ימים מהיום בו עבר ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) תשלם החברה ליורשיו על פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה בנוסף לתגמולי הביטוח סכום נוסף של 150,000 ₪.
 - 2.9. **תשלום במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה כתוצאה מביצוע ניתוח:**
 - 2.9.1. החברה תשלם למבוטח שהינו עובד או בן/בת זוג פיצויי חודשי בסך של 3,695 ₪ במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה שנגרם כתוצאה ישירה מביצוע ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה.
 - 2.9.2. המבוטח יחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה לצורך סעיף זה וזכאי לקבלת הפיצוי החודשי אם לא יוכל לעסוק במקצועו העיקרי טרם קרות מקרה הביטוח, וזאת לתקופה העולה על שלושה חודשים מיום ביצוע הניתוח (להלן: תקופת המתנה).

- 2.9.3. אם לא הייתה למבוטח תעסוקה במועד קרות מקרה הביטוח יחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה אם יהיה מרותק לביתו עקב קרות מקרה הביטוח.
- 2.9.4. הפיצוי החודשי ישולם החל מתום תקופת ההמתנה, לתקופה מרבית של 24 חודשים ובכל מקרה יפסק התשלום עם הגיע המבוטח לגיל פרישה כחוק או בתום תקופת התשלום המרבית המאוחר מביניהם.
- 2.9.5. אם חוזר למבוטח כושר עבודתו, חייב הוא ו/או הבעל פוליסה להודיע על כך לחברה מיד והחברה תפסיק את תשלום הפיצוי החודשי.
- 2.9.6. במקרה של אובדן כושר עבודה בגין אותו מקרה ביטוח המבוטח לא יהיה זכאי לתקופת תשלום נוספת.
- נפטר המבוטח במהלך 7 ימים מהיום בו עבר ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) תשלם החברה ליורשיו על פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה בנוסף לתגמולי הביטוח סכום נוסף של 150,000 ₪.
- 2.10. **מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי:** המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום של 165 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.

רובד שני

פרק ו': שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

1. מקרה הביטוח:

הזדקקותו של המבוטח לטיפולים אלטרנטיביים משלימים ע"י שימוש בשיטות טיפול המפורטים להלן:

החברה תחזיר למבוטח 80% מההוצאות שבוצעו בפועל עבור שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), בכפוף להגדרות ולסכומי השיפוי המרבי המפורטים להלן:

1.1 "אקופונקטורה" - טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.

1.2 "הומאופטיה" - שיטת טיפול כוללת, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמחלו או דוללו פעמים רבות.

1.3 "ביו פיזיקה" - טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מיידידת של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.

1.4 "כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.

1.5 "אוסטיאופטיה" - טיפול להשגת הקלה בהפרעות השרירים והשלד ע"י שיפור הזרימה במערכות כלי הדם, הלימפה והעצבים.

1.6 "פלדנקרייז" - טיפול ביכולת התנועה ויציבת הגוף, תוך פיתוח מודעות להרגלי התנועה והקניית תנועה נכונים.

1.7 "רפלקסולוגיה" - טיפול באמצעות לחיצות ועיסוי בעיקר בכפות הרגליים לאבחון ושיפור תפקודן של מערכות הגוף השונות.

1.8 "שיאצו" - לחיצות ועיסוי, בעיקר ע"י אצבעות הידיים, לצורך קווי זרימת האנרגיה בגוף לצורך שחרור ואיזון הזרימה.

1.9 "נטורופתיה" - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.

1.10 "ייעוץ דיאטטי" - התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי.

1.11 "שיטת פאולה"

1.12 "טווינא" - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מסאז' רקמות עמוק.

1.13 "שיטת אלכנסדר"

1.14 פרחי באך

1.15 הרבולוגיה - רפואת צמחי מרפא

2. סכום הביטוח:

2.1 סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח על פי סעיף זה בגין כל טיפול לא יעלה על 180 ש"ח. (לאחר ניכוי ההשתתפות העצמית)

2.2 סכום השיפוי המרבי הכולל שישולם למבוטח על פי סעיף זה לא יעלה על 2,880 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח.

2.3 לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולים עתידיים.

3. הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

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:

- 3.1. היפנוזה, היפנוטרפיה.
- 3.2. טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו').
- 3.3. הוצאות עבור תרופות שהומלצו לצורך טיפול.

פרק ז': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה

1. הגדרות

חוות דעת רפואית ראשונה - דו"ח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המבוטח וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות; צילומי רנטגן, U.S., C.T, M.R.I., בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה.

2. מקרה ביטוח

הזדקקותו של המבוטח לשירותים הרפואיים המפורטים להלן שלא בעת אשפוז אשר מטרתם, בין היתר אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי פגיעה במצבו הרפואי של המבוטח. למען הסר ספק, למבוטחים קיימים ו/או מבוטחים שהתקבלו לביטוח ללא החרגה מתועדת על פי פרק זה לא ייבדק תיקם הרפואי.

3. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

החברה תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה, אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט להלן:

3.1 **חוות דעת רפואית בישראל** - חוות דעת עד לגובה של 9000 ש"ח, עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי. בחר המבוטח לבצע התייעצות באמצעות השב"ן ועלות התייעצות לא שולמה באופן מלא ע"י השב"ן, תשלם החברה את השלמת ההוצאה ללא קיזוז ההשתתפות העצמית ועד לתקרת גובה הסכום כאמור בסעיף 3.1.

3.2 **חוות דעת רפואית שנייה בחו"ל** - מבוטח יהא זכאי לשיפוי מלא בגין חוות דעת בחו"ל, באמצעות נותני שירות שבהסכם עם החברה, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה כהגדרתה לעיל. במקרה שנותן השירות אינו בהסכם, תקרת השיפוי תהייה, עד 10,000 ש"ח. ובמקרה וקבלת חוות הדעת מחייבת נסיעה לחו"ל יכוסו הוצאות השהייה והטיסה עד לסך של 9,000 ש"ח.

3.3 **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - לרבות בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S. אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.), מיפוי PET וכל בדיקה אחרת המבוצעת בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד.

המבוטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקות, אך לא יותר מ-10,000 ש"ח לכל הבדיקות למבוטח לשנה.

3.4 **טיפולים פיזיותרפיים/הידרוטראפיים** - לפי הוראת רופא, עד 16 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-4,000 ש"ח לשנת ביטוח.

3.5 **טיפולים רדיותרפיים ו/או כימותרפיים** עד 50,000 ש"ח, לשנת ביטוח.

3.6 **טיפולי פרוין** - כל טיפול שמטרתו כניסת המבוטחת להריון ו/או הגדלת הסיכוי לכניסתה להריון וזאת על פי הפניית רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקוי פרוין. תקרת השיפוי על פי סעיף זה הינה בגובה 15,000 ש"ח לכל ילד.

3.7 **בדיקות לגידולים ממאירים** - מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מעבדה המיוחדות לרבות בדיקות גנטיות ו/או בדיקות מולקולריות ו/או בדיקה גנומית שמטרתן לסייע בקבלת החלטה בנוגע לדרכי הטיפול במחלה, עד 15,000 ש"ח למקרה ביטוח.

3.8 **בדיקות לרפואה מונעת** למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות עצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, עד 320 ש"ח לבדיקה, אחת ל-3 שנים (לכל בדיקה).

3.9. אביזרים רפואיים

מקרה הביטוח - מצבו של המבוטח המחייב שימוש באביזר רפואי מתוך רשימת האביזרים הרפואיים כדלקמן:

- מערכת CPAP
- מכשיר אינהלציה אישי
- חגורת בקע
- חגורה מתקנת (מילווקי בוסטון)
- מכשיר אלקטרוני ליישור הגב.
- מדרסים - עד 430 ש"ח אחת לשנתיים
- גלוקומטר - מכשיר למדידת סוכר.
- מכשיר אוטומטי למדידת לחץ דם.
- מכשיר חצי אוטומטי למדידת לחץ דם.
- מקלונים לבדיקת סוכר בדם.
- מכשיר BPAP.
- מכשירי הנשמה.
- חבישות לחץ (JOBST).
- מכשיר שמיעה.
- סד גבס.
- מגביר קול לנפגעי לרינגס.
- מכשיר TNS.
- פיאה לחולה אונקולוגי.
- פרוטזה חיצונית לשד.
- רצועות או מכשיר לאבדוקציה לתינוקות.
- תומכים ומגינים לצוואר ולכתף.
- גרביים אלסטיות.
- חגורה אורטופדית.
- עזרי הליכה: מקל הליכה, טריפוד, קוודרפוד, קביים מכל הסוגים.
- משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.
- נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.
- בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח להחזר של 60% מהוצאותיו בפועל ועד לתקרה של 4,000 ש"ח (במדרסים) לכל תקופת הביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים הרפואיים שפורטו.

רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה וקבלת אישור מראש של המבטח.

למען הסר ספק מובהר בזאת כי משקפיים, עדשות מגע ועזרי ראייה ושמיעה אחרים וכן כל אביזר שאינו כלול ברשימת האביזרים הרפואיים לא יחשבו כאביזרים רפואיים לעניין ביטוח זה.

3.10. בדיקות ושירותים לנשים בהריון:

3.10.1. החברה תשפה את המבוטחת בגין בדיקות לנשים בהריון כגון, אך לא רק: בדיקה וסריקה על קולית (ULTRA SOUND) של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת, מוקדמת / מאוחרת, בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או סיסוי שלייה, בדיקת חלבון עוברי, מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה, בדיקת צי"פ גנטי, בדיקת PGD ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון. הבדיקה תעשה אצל רופא מומחה גניקולוג. סכום השיפוי המרבי יהיה 60% מההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל לכל בדיקה אך לא יותר מ-3,000 ₪.

3.10.2. הכיסוי בגין כל בדיקות ההריון הנ"ל בס"ק 3.10.1 יינתן לכל הריון פעם אחת לכל הבדיקות למבוטחת. במקרה של הריון רב עוברי התקרה תהיה 6,000 ₪ לכל הבדיקות למבוטחת.

3.10.3. ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי:

מבוטח/ת במסגרת פוליסה זו, יהיה זכאי לאבחון גנטי טרום לידתי. סכום הביטוח המרבי יהיה 60% אך לא יותר מסך של 1,500 ₪ מההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל.

3.11. **חדר מלח** - המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, בכפוף להפניית רופא מומחה ועד לסך של 120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח.

3.12. **אח/ות פרטית** - המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אח/ות פרטי/ות, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מסך 400 ₪ לכל יום ועד 14 ימים בשנה.

3.13. **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. מבוטח ישופה כנגד חשבונית/קבלה בסך של 2,000 ₪ עבור הדמית תלת מימד, 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ו-15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח.

3.14. **שירותי הסעה באמבולנס** - המבטח ישפה את המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך קבלת טיפול או שירות רפואי אחר, על פי החלטת הפרמדיק שנמצא באמבולנס ועד תקרת תעריף מד"א.

3.15. **טיפול שיקום** - המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולי שיקום לאחר אירוע מוחי על פי הוראת רופא כמפורט להלן: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק, עד 250 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים לשנת ביטוח.

4. חריגים מיוחדים:

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

4.1. בדיקות תקופתיות ובדיקות שגרה, למעט המפורט בסעיף 3.8 לעיל.

4.2. ניתוחים וטיפולים הקשורים בשיניים.

5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 30 יום מיום ההצטרפות לביטוח. לסעיף 3.10 בדיקות הריון תקופת אכשרה בת 180 יום.

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000



052-7544589



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



ניתן להגיע אלינו גם באמצעות הלינק:

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

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