



ארגון נכי צה"ל



ביטוח בריאות קבוצתי לחברי ולעובדי ארגון נכי צה"ל ובני משפחותיהם



תוכן עניינים

4.....	גילוי נאות
	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי
19.....	לחברי ארגון נכי צה"ל, עובדי ארגון נכי צה"ל ובני משפחותיהם
	רובד בסיס
40.....	פרק א': ביטוח להשתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
43.....	פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות
47.....	פרק ג': כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות
50.....	פרק ד': ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
	רובד הרחבה
53.....	פרק ה': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ
56.....	פרק ו': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח
60.....	פרק ז': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים
63.....	פרק ח': כתב שירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)
69.....	פרק ט': פיצוי בגין גילוי מחלה קשה
	נספח לפוליסה
76.....	כתב התחייבות של בעל הפוליסה

גילוי נאות

טלפון *2735 פקס 03-7348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
-------------------------------	--	--	---

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לחברי ארגון נכי צה"ל, עובדי ארגון נכי צה"ל ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לחברי ארגון נכי צה"ל, עובדי ארגון נכי צה"ל ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	<p style="text-align: center;">רובד בסיס</p> <p>פרק א' - השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות פרק ג' - כיסוי להוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</p> <p style="text-align: center;">רובד רשות</p> <p>פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - במסלול "מהשקל הראשון" או פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול "משלים שב"ן" (משמעות ראשי התיבות שב"ן היא שירותי הבריאות הנוספים שניתנים על ידי קופות החולים: "כללית מושלם/פלטינום", "מגן זהב/מכבי שלי", "מאוחדת עדיף/שיא" ו"לאומית זהב"). פרק ז' - שירותים רפואיים אמבולטוריים</p> <p style="text-align: center;">רובד רשות - פרק ח' - כתב שירות רפואה משלימה</p> <p style="text-align: center;">רובד רשות - פרק ט' - ביטוח למקרה של גילוי מחלה קשה.</p> <p style="text-align: center;">*בהתאם לרבדים שנרכשו ע"י המבוטח</p>
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 30.9.2023 ועד ליום 30.9.2028.

השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

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

תרופות מיוחדות

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

טכנולוגיות רפואיות

החזר הוצאות או תשלום ישירות לנותן השירות בגין טכנולוגיות רפואיות קיימות או עתידיות.

ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

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

רובד הרחבה

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

או

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (לבעלי שב"ן)
מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים, החלמה לאחר ניתוח ועוד.

רובד הרחבה

כתב השירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

אפשרות לבצע טיפולים מתחום הרפואה המשלימה - כגון שיאצו, רפלקסולוגיה, על פי הרשימה המצויינת בכתב השירות. מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לבצע 12 טיפולים בשנת ביטוח. השירות ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.

רובד הרחבה

פיצוי למקרה גילוי מחלה קשה

פיצוי בגין מקרה של גילוי מחלה קשה או אירוע חמור המפורטים בפוליסה.

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p> <p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:</p> <p>חריגים כללים לפוליסה - סעיף 8, 12.</p> <p>פרק א' - השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - <u>סעיף 3</u>.</p> <p>פרק ב' - תרופות מיוחדות - <u>סעיף 4</u>.</p> <p>פרק ג' - טכנולוגיות רפואיות - <u>סעיף 6</u>.</p> <p>פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - <u>סעיף 3</u>.</p> <p>פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - <u>סעיף 4</u>.</p> <p>פרק ו' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - <u>סעיף 6</u>.</p> <p>פרק ז' - שירותים רפואיים אמבולטוריים - <u>סעיף 4</u>.</p> <p>פרק ח' - כתב שירות רפואה משלימה - <u>סעיף 7</u>.</p> <p>פרק ט' - פיצוי בגין מחלה קשה - <u>סעיף 4</u>.</p> <p>באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>	
<p>פרק א' - השתלות, <u>סעיף 2.5.13</u> - פיצוי בסך 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p><u>סעיף 2.6</u> - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 388,500 ₪.</p> <p>פרק ד' - ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פיצוי בסך 200,000 ₪ במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.</p> <p>פרק ט' - מחלות קשות, פיצוי בהתאם לסכום שנרכש (50,000 ₪ / 75,000 ₪ / 100,000 ₪).</p>	<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>
<p>פרק ג' - טכנולוגיות רפואיות - תקופת אכשרה של 90 יום.</p> <p>פרק ה': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p> <p>פרק ו': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p> <p>פרק ז': שירותים רפואיים אמבולטוריים, תקופת אכשרה של 9 חודשים במקרה של כיסוי הקשור בהריון ו/או גרידה ו/או לידה ובהפריה חוץ גופית.</p> <p>פרק ח': כתב שירות רפואה משלימה, תקופת אכשרה של 90 ימים.</p> <p>פרק ט': פיצוי בגין מחלה קשה, תקופת אכשרה של 30 ימים. למקרה ביטוח שני תקופת אכשרה בת 365 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון.</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹</p>
<p>פרק ז': שירותים רפואיים אמבולטוריים, תקופת המתנה של 60 ימים.</p>	<p>אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (המתנה)²</p>

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 בסופו.

תמצית פרטי הפוליסה

<p>פרק ב': תרופות מיוחדות, השתתפות עצמית של 170 ₪ למרשם לחודש ועד 500 ₪ לכל המרשמים לחודש. תרופות שעלותן מעל 3,000 ₪ לחודש - ללא השתתפות עצמית.</p> <p>עבור בדיקה גנומית לגידול סרטני - השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>פרק ד': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - השתתפות עצמית של 20% עבור התייעצות בחו"ל לפני ניתוח.</p> <p>פרק ז': שירותים רפואיים אמבולטוריים, השתתפות של 20%.</p> <p>פרק ח': כתב שירות, השתתפות כמפורט בכתב השירות.</p>	השתתפות עצמית
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים

תמצית פרטי הפוליסה

דמי ביטוח לרובד הרחבה מסלול משלים שב"ן נכי צה"ל/לבני משפחה/עובדים	דמי ביטוח לרובד הרחבה מהשקל הראשון נכי צה"ל/לבני משפחה/עובדים	דמי ביטוח לרובד בסיס לבני המשפחה	(*)גילאים	עלות הביטוח
₪ 23.48	₪ 36.1	₪ 7.86	0-20 (**)	
₪ 43.5	₪ 58.00	₪ 21.6	21-30	
₪ 65.32	₪ 87.5	₪ 33.54	31-40	
₪ 84.22	₪ 117.28	₪ 33.54	41-50	
₪ 121.3	₪ 181.31	₪ 33.54	51-60	
₪ 153.85	₪ 291.38	₪ 49.78	61-65	
₪ 190.31	₪ 399.91	₪ 49.78	+66	

(*) דמי הביטוח ישתנו על פי גיל המבוטח.
 (**) מהילד הרביעי ואילך עד גיל 20 שנה באותו תא משפחתי - ללא תוספת פרמיה
 נכדים - תשלום עבור כל נכד בתא משפחתי.

רובד הרחבה - פרק ח' כתב שירות רפואה משלימה:

יחיד - 7 ₪

משפחה - 11 ₪

(*)רובד הרחבה - פרק ט':

סכום ביטוח ₪ 100,000	סכום ביטוח ₪ 75,000	סכום ביטוח ₪ 50,000	(**)גילאים
₪ 8.40	₪ 6.30	₪ 4.2	0-25
₪ 16.18	₪ 12.60	₪ 8.4	26-30
₪ 33.60	₪ 25.20	₪ 16.8	31-40
₪ 84.00	₪ 63.00	₪ 42.00	41-50
₪ 201.60	₪ 151.20	₪ 100.8	51-60
₪ 425.60	₪ 319.20	₪ 212.8	61-65
₪ 616.00	₪ 462.00	₪ 308.00	66+

(*) ניתן יהיה לרכוש 50,000 ₪, 75,000 ₪ או 100,000 ₪.
 (**) דמי הביטוח ישתנו על פי גיל המבוטח.
 דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת.
 (עפ"י מדד שפורסם ביום 15.9.2023)

לאחר 36 חודשים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
רובד בסיס			
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
	<p><u>סעיף 2.1.1.1</u> - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p><u>סעיף 2.1.1.2</u> - עד לסך של 4,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p>	<p>השתלה לפי <u>סעיף 1.1</u> - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, קרנית, שחלה וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלת מח עצמות מתורם אחר או מח עצמות שמקורו בתרומה עצמית של המבוטח או השתלת תאי אב או תאי גזע מדם הקיפי ו/או דם טבורי מתורם זר או מתרומה עצמית. השתלה תכלול גם השתלת או תפעול בעזרת איבר מלאכותי כדוגמת לב מלאכותי ו/או השתלת איבר ממקור אחר.</p> <p>בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 365 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד.</p> <p><u>סעיף 2.6</u> - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.</p>	ביצוע השתלה בחו"ל
	<p><u>סעיף 2.1.2.1</u> - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p><u>סעיף 2.1.2.2</u> - עד לסך של 1,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p>	<p><u>סעיף 1.2</u> - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.</p>	טיפול רפואי מיוחד בחו"ל

ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
	<p><u>סעיף 2.5.11</u> - סכום חודשי בסך של 5,550 ₪ להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה או לבלב או השתלת כליה, מעי, שחלה או מח עצמות מתורם אחר (לא כולל השתלת מח עצמית ולא כולל השתלת קרנית, לתקופה של עד 24 חודשים.</p> <p><u>סעיף 2.5.14</u> - סכום חודשי בסך 3,500 ₪, לתקופה של עד 6 חודשים.</p> <p>מבוטח השווה באשפוז, זכאי לסכום חודשי בגובה 50% מהסכום כאמור לעיל.</p>	<p><u>סעיף 2.5.11</u> - לאחר ביצוע השתלה.</p> <p><u>סעיף 2.5.14</u> - במקרה של מבוטח הזקוק להשתלה</p>	<p>גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה</p>
			<p>הערות</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>			

תרופות מיוחדות

ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>השתתפות עצמית של 170 ₪ למרשם לחודש ועד 500 ₪ לכל המרשמים לחודש.</p> <p>תרופות שעלותן מעל 3,000 ₪ לחודש - ללא השתתפות עצמית.</p>	<p>סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ₪, מתחדש מדי 24 חודשים.</p> <p>עבור תרופות יתום ותרופות לפי סעיף 29ג' - סכום מירבי עד 1,000,000 ₪, מתחדש מדי 24 חודשים.</p> <p>עבור בדיקה גנומית לגידול סרטני - עד 40,000 ₪, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p>	<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 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 תרופות לפי סעיף 29ג', כהגדרתן פרק זה.</p>	<p>תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות</p>
	<p>עד לסך של 4,700 ₪ למקרה ביטוח.</p>	<p>סעיף 3.5 בפרק- שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה</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>

כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
טכנולוגיות רפואיות	במקרה שמצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח בגין תאונה או מחלה פעילה, תוך שימוש בטכנולוגיות רפואיות כמוגדר בסעיף 1.1 בפרק, בתנאי כי התקיימו כל התנאים המפורטים בפרק, במצטבר.	<ul style="list-style-type: none"> ■ שתל - עד לסך של 25,000 ₪ לכל אביזר אך לא יותר מ-166,500 ₪ לכל תקופת טיפול. ■ הדמיה או לבדיקה/ות - עד 44,400 ₪ לכל פעולה / בדיקה ולא יותר מ-111,007 ₪ לכל תקופת טיפול. ■ כל הליך או פעולה אחרים המוגדר כטכנולוגיה רפואית היום ולכל הליך או פעולה שיהיו בעתיד - סך של 16,650 ₪ לכל פעולה ולא יותר מ-111,007 ₪ לכל תקופת טיפול. בסך הכול לא יעלה הסך המרבי לכל הפעולות הטכנולוגיות הרפואיות על סך 388,525 ₪ לכל תקופת טיפול. ■ טכנולוגיות רפואיות בחו"ל - עד לתקרת עלות אותו הטיפול בארץ ולא יותר מ-111,007 ₪ לכל תקופת טיפול. 	אין
הערות	חברת הביטוח תשלם את הוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה הוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	<u>סעיף 2 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות העברה יבשתית תותבות ועוד.</u>	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 ל-200% מעלות הניתוח/ טיפול מחליף ניתוח בארץ.
הוצאות שהייה	<u>סעיף 2.2.2 בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 5 ימים.</u>	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 966 ש"ח ליום ועד 96,576 ש"ח. לשני מלווים יינתן הכיסוי למבטח מתחת לגיל 18 עד 1,449 ש"ח ליום לשני מלווים ועד 144,864 ש"ח.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	<u>סעיף 2.2.3 בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל וכתוצאה ישירה מהניתוח.</u>	כיסוי מלא.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	<u>סעיף 2.3 בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל</u>	עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בארץ.
הערות	חברת הביטוח תשלם את הוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה הוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

רובד הרחבה

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	<u>סעיף 3.1</u> לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	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	<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	<p>לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו.</p> <p>אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.</p>	

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	<u>סעיף 3.1 לפרק -</u> התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטיון, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ש"ח 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 לפרק -</u> שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטיון, 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 לפרק -</u> טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.	

**ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים
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) ³	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	<u>סעיף 3</u> לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.	כיסוי עד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בפרק.	<u>סעיף 5</u> - במקרה של בדיקות הקשורות בהיריון ו/או גרידה ו/או לידה והפריה חוץ גופית - 9 חודשים.	
חוות דעת רפואית בישראל	<u>סעיף 3.1</u> לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי.	כיסוי עד ל-970 ש"ח להתייעצות ועד 4 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	<u>סעיף 3.2</u> לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 12,900 ש"ח לכל הבדיקות האבחנתיות למבוטח לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים	<u>סעיף 3.3</u> לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-2,600 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל

³תקופת 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) ³	השתתפות עצמית
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	<u>סעיף 3.4</u> לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר או סיסי שיליה ובדיקות לגילוי גנים נשאים לסיסטיק פיברוזיס, תסמונת איקס שביר, וגושה.	כיסוי עד 2,860 ₪ לבדיקת מי שפיר או סיסי שיליה, עד 1,300 ₪ לסריקת מערכות מוקדמת ו-1,300 ₪ לסריקת מערכות מאוחרת, 1,420 ₪ לבדיקות גילוי נשאות גני או שיקוף עורפי.	<u>סעיף 5</u> - במקרה של בדיקות הקשורות בהריון ו/או גרידה ו/או לידה והפריה חוץ גופית - 9 חודשים.	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.			

כתב השירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

שם השירות	תיאור השירות	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
טיפול רפואה משלימה	<u>סעיף 3:</u> מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לבצע את הטיפולים שלהלן אצל נותן שירות שבהסכם: אקופונקטורה, שיטת טווינה, רפלקסולוגיה, שיאצו, פלדנקרייז, אוסטיאופתיה, ביו פיזיק, ייעוץ דיאטטי, הומיאופתיה, כירופרקטיקה, נטורופתיה, פרחי באך, חדרי מלח, עיסוי רפואי עקב אשפוז לאחר תאונה. השירותים יינתנו במרפאות נותן השירות שבהסכם בלבד. במקרה בו לא קיים נותן שירות שבהסכם ברדיוס של עד 30 ק"מ ממקום מגוריו של המנוי יהא זכאי המנוי לקבל שיפוי חלקי.	עד 12 טיפולים בשנת ביטוח. <u>סעיף 5.6</u> לכתב שירות- במקרה בו אושרה קבלת שירות אצל נותן שירות שלא בהסכם על פי התנאים המפורטים בכתב השירות, ישפה הספק את המנוי בסך 50% מעלות הטיפול ששולמה על ידי המנוי בפועל ולא יותר מ-100 ₪ לטיפול.

פיצוי בגין מחלה קשה		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) ⁴
מחלות קשות	<p>סעיף 2: קבוצה 1: אי ספיקת כליות סופנית, אי ספיקת כבד פולמינגנטית, מחלת כבד סופנית (שחמת), השתלת אברים, טרשת נפוצה, עמילואידוזיס ראשונית, תרדמת, ניוון שרירים, פגיעה מוחית מתאונה, דלקת מוח, דלקת חיידיקית של קרום המוח, מחלת ריאות חסימתית כרונית, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, פרקינסון, מצב רפואי חמור ובלתי הפיך, סכרת נעורים, תשישות נפש.</p> <p>קבוצה 2: אוטם חריף בשריר הלב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, קרדיומיופטיה, שבץ מוחי.</p> <p>קבוצה 3: סרטן, אנמיה אפלסטית חמורה, גידול שפיר של המוח/ יותרת המוח /קרומי המוח.</p> <p>קבוצה 4: שיתוק (פרפלגיה קוודריפלגיה), פוליו (שיתוק ילדים), איבוד גפיים, עיוורון, כוויות קשות, אובדן דיבור, חירשות.</p>	<p>תרדמת- 96 שעות; סכרת נעורים- 6 חודשים; תשישות נפש - 3 חודשים; שבץ מוחי- 8 שבועות; אובדן דיבור- 6 חודשים; טרשת נפוצה- 2 חודשים; ניוון שרירים - 3 חודשים; דלקת קרום המוח- 3 חודשים; דלקת חיידיקית של קרום המוח- 3 חודשים.</p>
תגמולי הביטוח	<p>הפיצוי הינו בהתאם לסכום שנרכש - 50,000 ₪ או 75,000 ₪ או 100,000 ₪.</p> <p>עבור מקרה ביטוח ראשון - 100% מסכום הביטוח.</p> <p>עבור מקרה ביטוח שני ובתנאי כי הינו מקבוצה אחרת - 50% מסכום הביטוח. לקבלת תשלום בגין מקרה ביטוח שני תהא תקופת אכשרה בת 365 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון. אופציונאלי 100% - מסכום הביטוח עם התשלום הנוסף, למקרה ביטוח שני, תסתיים אחריות המבטח לתשלומי גמלת ביטוח.</p> <p>עם התשלום למקרה ביטוח ראשון למבוטחים שגילם עד 20 שנה, תסתיים אחריות המבטח לתשלומי גמלת ביטוח.</p>	

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ביום 15.9.2023.

מידע נוסף:

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

לברור גובה תגמולי הביטוח האמורים הנכללים בתכנית הביטוח שברשותך, ניתן לפנות למוקד הראל, בטלפון *הראל (2735*) או באתר האינטרנט של החברה שכתובתו

<http://www.harel-group.co.il/wps/portal>

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לחברי ארגון

נכי צה"ל, עובדי ארגון נכי צה"ל ובני משפחותיהם

1. הגדרות כלליות

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

- 1.1. **"החברה או המבטח"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. **"הפוליסה"** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל הנספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3. **"בעל הפוליסה"** - ארגון נכי צה"ל.
- 1.4. **"נכה צה"ל"** - מי שהוכר כנכה על פי חוק הנכים (תגמולים ושיקום- תשי"ט - 1959) וכן מי שהוכר לזכויות מלאות כנכה צה"ל לפני משורת הדין, אשר דרגת נכותו המוכרת כמוגדר להלן, הינה 20% ומעלה וכן מי שהוכר על פי החוק הנ"ל לפני 1.1.1996, ודרגת נכותו מ-19%-10%.
- 1.5. **"חבר הארגון"** - נכה צה"ל, הזכאי על פי ההגדרות המופיעות בתקנון הארגון, להיות חבר בארגון ומשלם דמי חבר בארגון באופן סדיר ונכלל ברשימות חברי הארגון, הכל על פי שיקול דעתו הבלעדי של הארגון.
- 1.6. **"עובד הארגון"** - עובד אשר קיבל אישור בכתב להצטרפותו לביטוח בריאות זה, על פי הקריטריונים שנקבעו ע"י הארגון ובהתאם לשיקול דעתו הבלעדי, ואשר בינו ובין הארגון מתקיימים יחסי עובד- מעביד.
- 1.7. **"בן משפחה"** - בן/בת זוג של חבר הארגון או של עובד הארגון (נשואים או ידועים בציבור), בן/בת של חבר הארגון או של עובד הארגון ו/או של בן/בת זוג או בן בת של בני חבר הארגון ושל מי מהם ילדיהם ובני/בנות הזוג שלהם (נשואים או ידועים בציבור).
- 1.8. **"ילד"** - ילד של חבר ארגון או עובד ארגון ו/או ילד של בן/בת זוג של חבר ארגון או של עובד ארגון ו/או ילד של בן או בת של חבר ארגון או של עובד ארגון, אשר במועד צירופו לביטוח טרם מלאו לו 25 שנה, בתנאי ששולמו בגינו דמי הביטוח, כקבוע להלן.
- 1.9. **"ילד בוגר"** - ילד של חבר ארגון או של עובד ארגון ו/או ילד של בן/בת זוג של חבר ארגון או של עובד ארגון ו/או ילד של בן/בת של חבר ארגון או של עובד ארגון, אשר במועד צירופו לביטוח מלאו לו 25 שנים או יותר יהא זכאי לצרף לביטוח את בן/בת זוגו ואת ילדיו, בתנאי ששולמו בגינו/דמי הביטוח כקבוע להלן.
- 1.10. **"המבוטח"** - חבר ארגון או עובד ארגון ו/או בן משפחה כמוגדר לעיל, למעט אם צויין במפורש אחרת.
- 1.11. **"עובד חדש"** - עובד שלא היה מועסק אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הפוליסה.
- 1.12. **"מבוטחים קיימים"** - מבוטחים אשר היו מבוטחים במועד תחילת הפוליסה במסגרת הפוליסה הקודמת.
- 1.13. **"פוליסה קודמת"** - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה.
- 1.14. **"תאריך תחילת הביטוח"/ "המועד הקובע"** - 30.9.2023.
- 1.15. **"תאריך הצטרפות"** - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.16. **"דמי הביטוח"/ "הפרמיה"** - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.

- 1.17. **"מקרה הביטוח"** - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול ו/או ריפוי רפואי המהווה ו/או כתוצאה ממקרה ביטוח הנו חלק מאותו מקרה ביטוח.
- 1.18. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח למעט מקרה ביטוח שארע כתוצאה מתאונה כהגדרתה בסעיף 1.56.
- מודגש, כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה), דינו כמקרה ביטוח שארע ו/או התגלה לפני תחילת הביטוח, והחברה לא תהא אחראית לתשלום תגמולי ביטוח כלשהם בנינו על פי פוליסה זו.**
- 1.19. **"תקופת המתנה"** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה.
במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.
- 1.20. **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדף פרסום כ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 1.21. **"מדד הבסיס"** - המדד הידוע במועד תחילת הפוליסה כהגדרתו בסעיף 1.14 לעיל.
- 1.22. **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה במועד ההצטרפות של המבוטח.
- 1.23. **"גיל"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו, ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.
- 1.24. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.25. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.26. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
- 1.27. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994.
- 1.28. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.29. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופת החולים לחבריה, במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל חבריה.
- 1.30. **"שירותי בריאות נוספים (שב"ן)"** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.31. **"ישראל"** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.32. **"חול"** - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.

- 1.33. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
- 1.34. **"בית חולים פרטי"** - בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
- למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן) עבורם תחול הגדרה לבית חולים פרטי כמפורט באותו הפרק.
- 1.35. **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.36. **"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.
- 1.37. **"מנתח"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח.
- 1.38. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.39. **"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
- 1.40. **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.41. **"חדר ניתוח"** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.42. **"אח/אחות"** - אחות/בעלי תעודות הסמכה של רשות מוסמכת בישראל או בחו"ל.
- 1.43. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.44. **"נותן שירות"** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.45. **"נותן שירות/ספק שבהסכם"** - בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, מנתח שהינו רופא מומחה (כהגדרתו לעיל) או רופא אשר הוסמך בחו"ל כמומחה מנתח וכל רופא או גוף אחר עמם קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיו צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.
- 1.46. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק א ונספח המצורף לפוליסה תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו על ידי המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.47. **"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: עדשה, פרק ירך וכו'), 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.

- 1.48. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.49. **"יום אשפוז"** - שהות של 24 שעות בבית חולים.
- 1.50. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים עפ"י פירוט דמי הביטוח ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח קודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.51. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח) או להמשיך את הביטוח (מאחר ונדרשת הסכמת המבוטח לפי תקנות ביטוח בריאות קבוצתיות).
- 1.52. **"חיתום"** - תהליך קבלת החלטה אצל המבטח אם לקבל את המועמד לביטוח, ובאילו תנאים לקבלו (בתנאים רגילים, בתוספת פרמיה או בהחרגת הבעיה הספציפית אם קיימת).
- 1.53. **"רצף ביטוחי"** - הצטרפות מפוליסה קודמת (כהגדרתה לעיל) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות ו/או ללא תקופת אכשרה, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח את מועד הצטרפותו לפוליסה הקודמת, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על פי תנאי קבלתו לפוליסה הקודמת, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. מובהר כי מקרה ביטוח שארע בטרם המועד הקובע לא יכוסה על פי פוליסה זו.
- 1.54. **"יועץ"** - היועץ אשר ילווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה ווי. די.בי. יועצים בע"מ ו/או מי מטעמו.
- 1.55. **"תקרת כיסוי"/"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.
- 1.56. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה"**.
- 1.57. **"תביעה"** - פנייה מאת מבוטח או מאת בעל הפוליסה בשם המבוטח אל המבטח לתשלום עבור שירותים לפי פוליסה זו, ו/או לקבלת תגמולי ביטוח ו/או למתן התחייבות לתשלום עבור שירותים כאמור בפוליסה זו.
- 1.58. **"טיפול נסיוני"** - טיפול רפואי אשר אינו מאושר ע"י אף אחת מהרשויות המוסמכות בישראל או ע"י F.D.A ו/או ע"י רשות מוסמכת במדינות האיחוד האירופי, קנדה, ו/או אוסטרליה, לטיפול במצבו הרפואי הספציפי של המבוטח.
- 1.59. **"ועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן 1999).
- 1.60. **"סוכנות הביטוח/הסוכנות"** - מבטח סימון סוכנויות לביטוח בע"מ.
- 1.61. **"חוק הנכים"** - חוק הנכים (תגמולים ושיקום) התשי"ט - 1959.

1.62. "נכות מוכרת" - פרושה נכות שהוכרה על פי חוק הנכים.

2. מהות הביטוח

פוליסה זו מורכבת משני רבדים כלהלן:

רובד בסיס - כיסוי ע"פ נספחים א' - ד'

רובד זה יחול על כל עובדי הארגון שיפורטו ברשימת המבוטחים, שאינם נכי צה"ל אובליגטורית ואוטומטית. דמי הביטוח עבורם ישולמו ויועברו למבטח במרוכז עבור כל עובדי הארגון המבוטחים באמצעות הארגון.

חבר הארגון ו/או עובד הארגון יוכלו לצרף לרובד זה גם את בני משפחתם; דמי הביטוח בגין בני משפחה יהא על חשבון חבר/עובד הארגון או ע"י בן המשפחה עצמו). דמי ביטוח אלו ישולמו ע"י העובד/חבר הארגון או בן המשפחה עצמו באמצעות אמצעי גביה אישי (כרטיס אשראי או הוראת קבע).

רובדי הרחבה (וולונטארי) - כיסוי ע"פ פרקים ה'ט'

רבדים אילו יחולו רק על חברי ארגון ועובדיו, אשר יחפצו להצטרף אליו הם ו/או בני משפחותיהם. דמי הביטוח עבור רבדים אילו ישולמו על ידי חבר הארגון או עובד הארגון או ע"י בן המשפחה עצמו עבורו ו/או עבור בני משפחתו אם צורפו, באמצעות אמצעי גביה אישי (כרטיס אשראי או הוראת קבע).

לא ניתן לצרף בני משפחה לרבדי ההרחבה אלא אם צורפו לרובד הבסיס.

פרקים ה'ז' ו'ז' ניתנים לרכוש אך ורק כיחידה אחת. להלן: רובד הרחבה מסלול מלא.

פרקים ו'ז' ניתנים לרכוש אך ורק כיחידה אחת. להלן: רובד הרחבה מסלול משלים.

פרק ח' ו/או פרק ט' ניתנים לרכוש בנפרד רק במידה ונרכש רובד הרחבה מסלול מלא או מסלול משלים.

3. תוקף הפוליסה, אופן ההצטרפות ומבנה הביטוח

3.1. תוקף הפוליסה - פוליסה זו תכנס לתוקפה החל מתאריך תחילת הביטוח.

3.2. אופן ההצטרפות:

3.2.1. הצטרפות המבוטחים הקיימים

3.2.2. מבוטחים שהיו מבוטחים (נכה צה"ל ובני משפחתו ובני משפחתו של עובד ארגון שאינו נכה צה"ל) במסגרת ביטוח בריאות הקבוצתי הקודם נכון ל-29.9.2023, יצורפו באופן וולנטרי (צירוף בהסכמה) וברצף ביטוחי לרבדים בהם היו מבוטחים, בכפוף להסכמתם המפורשת להעלאת דמי הביטוח וזאת עד לתאריך תחילת הביטוח 30.9.2023 על ידי הגורם המשלם את דמי הביטוח.

3.2.3. **עובד ארגון שאינו נכה צה"ל** - שהיה מבוטח במסגרת ביטוח בריאות הקבוצתי הקודם נכון ל-29.9.2023, יצורפו לפוליסה באופן אוטומטי וברצף ביטוחי מלא, ללא תקופת אכשרה לרובד הבסיס.

3.2.4. **עובד ארגון חדש שאינו נכה צה"ל** - הצטרפות עובדים חדשים לרובד הבסיס אשר בעל הפוליסה יאשר צירופם כאמור בהתאם להגדרת "עובד" בסעיף 1.5 לעיל, תהא באופן אובליגטורי (צירוף אוטומטי) וזאת ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום.

יובהר כי לא תהא הגבלת גיל לגבי צירוף עובד ארגון שאינו נכה צה"ל לרובד הבסיס שעל פי פוליסה זו.

3.2.5. הצטרפות חבר ארגון או עובד ארגון שאינו נכה צה"ל לרובדי ההרחבה מותנית במילוי הצהרת בריאות מקוצרת ובחיתום רפואי. ההצטרפות לרובד זה ע"י חברי הארגון או עובדיו תוגבל לגיל 76 במועד הצטרפותם לביטוח.

- 3.2.6 **חבר ארגון ו/או עובד ארגון שאינו נכה צה"ל, או בן משפחה המבוטח על פי פוליסה זו אשר יבקש מרצונו לבטל את ביטוחו על פי פוליסה זו, יהא רשאי לעשות זאת בכל עת.**
- 3.2.7 **הצטרפות בני משפחה חדשים של חבר ארגון חדש או עובד ארגון שאינו נכה צה"ל** הצטרפות בני/ות זוג וילדים ובני זוגם של הילדים וילדיהם הן לרובד הבסיס והן לרובדי ההרחבה, הינה וולונטרית (צירוף בהסכמה), והיא תותנה במילוי הצהרת בריאות ובחיתום ותוגבל לגיל 76 במועד הצטרפותם לביטוח.
- 3.2.8 **תינוק שיוולד לחבר ארגון או לעובד ארגון או לילדיהם המבוטחים על פי פוליסה זו במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי להצטרף לביטוח. ההצטרפות הינה וולונטרית (צירוף בהסכמה), והיא תותנה במילוי הצהרת בריאות ובחיתום.**
- 3.2.9 **ילדי חברי ארגון או ילדיהם של עובדי הארגון שנישאו, יוכלו לצרף את בני/בנות זוגם לביטוח באופן וולונטרי תמורת תשלום דמי ביטוח.**
- 3.2.10 **ילדי הילדים הבוגרים (נכדי העובדים/חברים) יוכלו להצטרף לביטוח באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) תמורת תשלום דמי ביטוח עבור כל נכד.**
- 3.2.11 **לא ניתן לצרף בני משפחה אם חבר הארגון או עובדו אינם מבוטחים בביטוח זה. לא ניתן לצרף לביטוח זה ילדי ילד/ים בוגר/ים (נכד/ים) ללא צירוף אחד מהורי הילד (נכדו של החבר / עובד).**
- 3.2.12 **למען הסר כל ספק, כי הצטרפות מבוטחים לכיסויים נוספים המוגדרים כרובדי הרחבה תותנה במילוי הצהרת בריאות ובהגבלת גיל כאמור לעיל.**
- 3.2.13 **המועד הקובע לגבי רובד הבסיס לפי הסכם זה לגבי עובדי ארגון חדשים שאינם נכי צה"ל הינו יום תחילת עבודתם בארגון, כאמור בסעיף 3.2.4 לעיל. המועד הקובע לרובדי ההרחבה או לבני משפחה לגבי הרובד/ים אליו/הם הצטרפו, יהא המועד בו הצטרפו לאותו רובד ולאחר סיום הליכי החיתום ואישור קבלתם לביטוח בכתב ע"י המבטח.**
- 3.2.14 **תקופת אכשרה**
על רובד הבסיס שעל פי פוליסה זו לא תחול תקופת אכשרה. לגבי רובדי ההרחבה תחול תקופת האכשרה אשר תצוין בכל פרק מפרקיה או מתנאיה של הפוליסה.
- 3.2.15 **ההצטרפות לרובד הרחבה מסלול מלא או מסלול משלים לבני המשפחה של הנכה, עובדי הארגון ובני משפחותיהם מותנית בהצטרפות לרובד הבסיס.**
- 3.2.16 **ההצטרפות לרובדי ההרחבה הנוספים (פרק ח' ו/או פרק ט') לכלל המבוטחים מותנית בהצטרפות לרובדי הרחבה במסלול מלא או במסלול משלים.**
- 3.2.17 **חיתום רפואי**
- 3.2.17.1 **מוסכם כי כל חבר ארגון אשר יצטרף לרובדי ההרחבה (וולונטרי), ייחשב כמי שעבר הליך חיתום רפואי, שתוצאותיו הנכות המוכרת כהגדרתה בסעיף 1.62 לעיל.**
- 3.2.17.2 **הסיבות הרפואיות כפי שפורטו בתיקו הרפואי של המבוטח לגבי הנכות המוכרת יהוו את תוצאות החיתום הרפואי בכל הנוגע לכיסויים הביטוחיים שברובד ההרחבה.**
- 3.2.17.3 **הנכות המוכרת הנ"ל של כל מבוטח חבר ארגון החמרתה, תוצאותיה הישירות יהוו סייג וחריג לחבות המבטח אשר יחול על כל מבוטח, שהינו חבר ארגון כמפורט בתיקו הרפואי, כאמור**

בסעיף 2.2.18.2 לעיל, ויהא תקף למשך כל תקופת/ות הביטוח כקבוע בסעיף 4 לעיל, לגבי רובד ההרחבה.

3.2.17.4. האמור לעיל יחול גם על חבר ארגון שהינו מבוטח קיים או חבר ארגון חדש בהתאמה למועד צירופו לביטוח.

3.2.17.5. עובדי הארגון המצורפים אובליגטורית לרובד הבסיס לא יידרשו לתת הצהרת בריאות ולא יעברו חיתום רפואי ויחולו לגביהם כללי מצב רפואי קודם כקבוע להלן.

3.2.17.6. החיתום הרפואי לגבי חבר הארגון ו/או עובדי הארגון לגבי רובדי ההרחבה, ולגבי בני משפחה של חברי/עובדי הארגון לגבי רובד הבסיס ו/או רובדי ההרחבה כמוגדרים לעיל, ייעשה לאחר שהנ"ל יחתמו על הצהרת בריאות המצורפת כנספח מס' 1 לפוליסה זו.

3.2.18. מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן, מסוג "כללית מושלם/פלטניום", "מגן זהב", "מאוחדת עדף/שיאי", "לאומית זהב" יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").

מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לשב"ן עפ"י פרק ו' לפוליסה במקום כיסוי מהשקל הראשון לניתוחים (פרק ה'), וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 9 להלן.

למען הסר ספק, אין באמור כדי לגרוע מכך שבעת צירוף מבוטחים קיימים הם יצורפו לרובד בו בוטחו בפוליסה הקודמת כמפורט לעיל.

3.2.19. שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה תשלח החברה בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, 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.

3.2.20. צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:

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

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

3.2.20.1.2. 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 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.

3.2.20.2. סעיף 3.2.20 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

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

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

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

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

פרק	הכיסוי - רובד בסיס (פרקים - א' - ד')	
א	השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	רובד בסיס
ב	תרופות מיוחדות	רובד בסיס
ג	הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות	רובד בסיס
ד	ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	רובד בסיס
פרק	הכיסוי - רובדי הרחבה	אופן הצטרפות
	הרחבה מסלול מלא השקל הראשון	
ה'	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מהשקל הראשון	צירוף בהסכמה
ז'	שירותים רפואיים אמבולטוריים	צירוף בהסכמה
	הרחבה מסלול משלים שב"ן	
ו'	לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מסלול משלים שב"ן	צירוף בהסכמה
ז'	שירותים רפואיים אמבולטוריים	צירוף בהסכמה
	הרחבת נוספות	
ח'	כתב שירות רפואה משלימה	צירוף בהסכמה
ט'	פיצוי בגין גילוי מחלה קשה	צירוף בהסכמה

4. תקופת הביטוח

- 4.1 תקופת הביטוח תהיה 5 שנים מתאריך תחילת הביטוח 30.9.2023 ועד 30.9.2028.
- 4.2 תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים.
- 4.3 בעל הפוליסה רשאי להודיע למבטח בכתב על סיום ההסכם וביטול הפוליסה בהודעה של 90 יום מראש ומבלי לנמק את החלטתו לעשות כן, ובלבד שביטוח הבריאות עבור המבוטחים יוסדר אצל מבטח אחר.
- 4.4 אחת לשנה יהא 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 המבטח, ולשינוי הפרמיה בהתאם, אם יידרש.
- 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**

5. חובת גילוי:

- 5.1 (א) הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - עיני מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.
- (ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם היתה סבירה בעת כריתת החוזה.

- (ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של ענין שהוא ידע כי הוא ענין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 5.2. ניתנה לשאלה בענין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאית החברה, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח.
- 5.3. ביטלה החברה את הפוליסה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.
- 5.4. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח סעיף זה, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והחברה פטורה כליל בכל אחת מאלה:
- 5.4.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- 5.4.2. מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח בניכוי הוצאות החברה.
- 5.5. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
- 5.5.1. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.
- 5.5.2. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.
- 5.6. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

6. תום תקופת הביטוח וברות ביטוח

6.1. הפסקת תקופת הביטוח:

- הפסקת ביטוח תכנס לתוקפה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:
- 6.1.1. במועד תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 4.1 לעיל;
- 6.1.2. לפי המוקדם במקרים המנויים בסעיף 6.2.2 להלן;
- 6.1.3. על פי בקשת המבוטח בכתב למבטח;
- 6.1.4. ביטול חברותו של חבר הארגון בארגון, בין ביוזמתו בין ביוזמת הארגון, ובין מסיבות אובייקטיביות (מוות, חו"ח) במקרה זה ייגרע שמו של חבר הארגון מרשימת המבוטחים לגבי רובדי ההרחבה וכן שמם של בני משפחתו. למרות האמור לעיל, מובהר כי במקרה של פטירה, לא ייגרע שמם של בני משפחתו בכפוף לאמור בסעיף 6.1.5 להלן.
- 6.1.5. נפטר חבר ארגון מבטח, ימשך הביטוח של בני משפחתו עד תום תקופת הביטוח.
- 6.1.6. חבר ארגון אשר במהלך תקופת הביטוח בעקבות החלטה על הורדה בדרגת נכותם לא יענו עוד על הגדרת נכה צה"ל הקבועה בפוליסה, ובעקבות הורדה זו לא יהיו זכאים להיות חברים בארגון ולכן לא יהיו זכאים להיות מבוטחים על פי פוליסה זו מיום הורדת דרגת נכותם כאמור ימשך הביטוח עבורם ועבור בני משפחתם אשר היו מבוטחים עימם עד לתום תקופת הביטוח.

- 6.1.7 זכאות בני המשפחה לביטוח תהא מותנית בקיום הביטוח של חבר הארגון ותהא צמודה לזכאותו של חבר הארגון, והכללים הקבועים דלעיל החלים על חברי הארגון יחולו גם על בני המשפחה בהתאמה, כולל זכאותם להמשכיות בפוליסת פרט כקבוע להלן.
- 6.1.8 גירושין - צרף חבר/עובד ארגון את בני משפחתו לפוליסה ובמהלכה התגרש מבן/בת זוגו, יהא בן/בת הזוג, המבוטח/ת זכאי להמשיך את הביטוח בפוליסת פרט אצל המבטח ברצף ביטוחי מלא, ללא הצהרת בריאות וחיתום. כקבוע בתנאי המשכיות שלהלן, ובתנאי כי יסדיר וישלם את דמי הביטוח בפוליסה הפרט אצל המבטח בהוראת בנק או בכרטיס אשראי. סעיף זה יחול גם על גרוש, בן/בת או נכד/ה מבן בת זוגם.
- 6.2 המשכיות בפוליסת פרט:**
- 6.2.1 במקרים המנויים בסעיף 6.2.2 להלן יתאפשר לעבור לפוליסת פרט (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:
- 6.2.1.1 פוליסת המשך תהיה בהיקף 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.
- 6.2.1.2 דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח בפוליסה דומה על פי גיל המבוטח. במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי לכסויים החופפים ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 6.2.2 האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 6.2.1, ינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:
- 6.2.2.1 סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;
- 6.2.2.2 הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם;
- 6.2.2.3 פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית
- 6.2.2.4 גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.
- 6.2.3 במקרים המפורטים בסעיף קטן 6.2.2.1 - 6.2.2.4, תפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.
- 6.2.4 ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

7. המשכיות - רצף ביטוחי בתום הביטוח והפסקתו

7.1. מבוטחים שתרם לגביהם הביטוח ע"פ פוליסה זו מכל סיבה שהיא, כמפורט בסעיפים שדלעיל, יהיו זכאים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל המבטח. המבטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 25% מתעריף הביטוח הרשמי של המבטח למשך 3 שנים, וזאת אם יודיע המבטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד סיום ההסכם הקולקטיבי. הצירוף לפוליסה הפרטית יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים, אם יוסיף המבטח כיסויים מעבר לאלו שבפוליסה הקולקטיבית יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. להסרת ספק מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים.

7.2. **סיום ההסכם / ביטולו** - נסתיימה תקופת הביטוח ולא חודש ההסכם או בא ההסכם אל סיומו במהלך תקופת הביטוח, יהיו זכאים כל המבוטחים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל חברת הביטוח. המבטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות ו/או הפוליסות הפרטיות הקיימות אצל המבטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 25% מתעריף הביטוח הרשמי של המבטח למשך 3 שנים, וזאת אם יודיע המבטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד סיום ביטוח מכל סיבה שהיא ע"פ פוליסה זו. הצירוף לפוליסה הפרטית במועד זה יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים הדומים. אם יוסיף המבטח כיסויים מעבר לאלו שהיו לו בפוליסה הקבוצתית בתקופת חברותו בארגון כולל רבדים וולונטריים, יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. להסרת ספק מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים. מוסכם כי רצף הזכויות במעבר לפוליסת הפרט וההנחות כאמור לעיל, יינתנו למבטח בתום תקופת הביטוח, רק במידה והביטוח הקבוצתי לא חודש בחברת ביטוח כלשהי לגבי כולל המבוטחים. במקרה כזה יפנה המבטח בכתב לכל מבטח (או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם), ויציע למבטח את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבטח לפוליסת המשך לא חודש הביטוח הקבוצתי אצל מבטח אחר.

7.3. למרות האמור לעיל, עובד ארגון שאינו נכה צה"ל, יבוטל הביטוח בגינו עם תום יחסי עובד ומעביד בינו לבין הארגון. ואם צורפו על ידו בני משפחה יבוטל גם ביטוחם. אולם עובד ארגון, אשר יפרוש לגמלאות, יוכל במידה וירצה להמשיך בביטוח זה, הוא ובני משפחתו, עפ"י הסדר מיוחד בין הארגון לבין המבטח לפיו המבטח יממן את דמי הביטוח הקבועים על פי פוליסה זו, ויעבירם באמצעות בעל הפוליסה למבטח.

8. מצב רפואי קודם

8.1. על פי סעיף 2.2.18 לעיל, הנכות המוכרת של כל חבר ארגון המבטח על פי הסכם זה, תהווה את הבסיס לתנאי קבלתו לביטוח זה ותהווה את החריג לאחריות המבטח על פי רובד הבסיס ו/או רובדי ההרחבה בהתאם לרובד/רבדים בהם בחר המבטח.

8.2. על כל מצב רפואי קודם כמוגדר בביטוח זה של המבטח בביטוח זה, שאינו מהווה את הנכות המוכרת, יחולו כללי מצב רפואי קודם.

תוקף החריג/ים יהא כדלהלן:

א. למבוטחים שגילם מתחת לגיל 65 יחולו חריגי מצב רפואי קודם במשך תקופה של שנה אחת ממועד הצטרפותם לביטוח.

ב. למבוטחים שגילם 65 ומעלה יחולו חריגי מצב רפואי קודם במשך תקופה של 6 חודשים ממועד הצטרפותם לביטוח.

למען הסר ספק, בחלוף התקופות המפורטות לעיל, יבוטלו חריגי מצב רפואי קודם הנ"ל, והמבטח יהא מנוע מלטעון לאי חבותו לכיסוי על פי פוליסה זו בגין התקיימות חריג כלשהו מחריגי מצב רפואי קודם.

9. דמי הביטוח:

9.1. דמי הביטוח החודשיים בש"ח יהיו כלהלן:

דמי ביטוח לרובד הרחבה מסלול משלים שב"ן נכי צה"ל/בני משפחה/עובדים	דמי ביטוח לרובד הרחבה מסלול מלא נכי צה"ל/בני משפחה/עובדים	דמי ביטוח לרובד בסיס לבני המשפחה	(*) גילאים
23.48	36.1	7.86	0-20 (**)
43.5	58.00	21.6	21-30
65.32	87.5	33.54	31-40
84.22	117.28	33.54	41-50
121.3	181.31	33.54	51-60
153.85	291.38	49.78	61-65
190.31	399.91	49.78	+66

(*) דמי הביטוח ישתנו על פי גיל המבוטח

דמי ביטוח לרובד הבסיס לעובדי הארגון הינם 33.54 ₪ - במימון ארגון נכי צה"ל כולל גילום שווי המס

(**) מהילד הרביעי ואילך עד גיל 20 שנה באותו תא משפחתי בו מבוטחים הוריו- ללא תוספת פרמיה

נכדים - תשלום עבור כל נכד בתא משפחתי.

9.2. (*) דמי הביטוח החודשיים בש"ח בגין רובד הרחבה פרק ט' יהיו כלהלן:

סכום ביטוח ₪ 100,000	סכום ביטוח ₪ 75,000	סכום ביטוח ₪ 50,000	(**) גילאים
8.40	6.30	4.2	0-25
16.18	12.60	8.4	26-30
33.60	25.20	16.8	31-40
84.00	63.00	42.00	41-50
201.60	151.20	100.8	51-60
425.60	319.20	212.8	61-65
616.00	462.00	308.00	66+

(*) ניתן יהיה לרכוש 50,000 ₪, 75,000 ₪ או 100,000 ₪.

(**) דמי הביטוח ישתנו על פי גיל המבוטח

מבוטחים אשר רכשו ערב המועד הקובע יחידה אחת כהגדרתה בפוליסה הקודמת בסכום ביטוח של 25,000 ₪ צמוד למדד בפוליסה הקודמת, יעברו להיות מבוטחים

בסכום ביטוח של 50,000 ₪ וזאת ללא חיתום רפואי. יובהר כי חריג מצב רפואי קודם יחול על על תוספת סכום הביטוח של ההפרש שבין סכום הביטוח בו היו מבוטחים ערב החידוש ל-50,000 ₪ בלבד.

מבוטחים אשר רכשו ערב המועד הקובע מעל 2 יחידות כהגדרתן בפוליסה הקודמת, ימשיכו להיות מבוטחים בסכום הביטוח הקיים להם ערב המועד הקובע וזאת ברצף ביטוחי.

דמי הביטוח עבורם יהיו על פי היחס שבין סכום הביטוח הקיים להם ערב המועד הקובע לדמי הביטוח כמפורט לעיל.

דמי הביטוח עבור פרק ח' כתב שירות רפואה משלימה עבור:

יחיד - 7 ₪

משפחה - 11 ₪

9.3. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש.

9.4. 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.

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

9.6. התאמת פרמיה

לאחר 36 חודשים מתאריך תחילת הביטוח, תבוצע התאמת דמי הביטוח בהתאם לנוסח התאמת הפרמיה הקיים בהסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת.

9.7. 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 מעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

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

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

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

10. תגמולי ביטוח

- 10.1. החברה תהא רשאית על פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלמם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן. המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 10.2. במקרה של תשלום ישירות לנותן השירות, ימציא המבוטח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח על פי דרישת נותן השירות תוך 21 ימי עבודה מקבלת דרישת נותן השירות, למעט במקרים דחופים (לרבות במקרה שקיים מועד קרוב לביצוע ניתוח), בהם תומצא ההתחייבות הכספית תוך יום עבודה אחד בלבד. במקרים בהם נותן השירות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבוטח זכאי לקבל מהמבוטח כיסוי כספי כנדרש על ידי נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו.
- 10.3. במקרה של תשלום למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, ישלם המבוטח למבוטח את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ-21 ימי עבודה מיום קבלת הקבלות והמסמכים הרפואיים הנדרשים לאישור התשלום.
- 10.4. 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.
- 10.5. 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 לעיזבון ו/או ליורשיו של המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן על פי צו קיום צוואה ו/או על פי צו ירושה. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 10.6. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 10.7. החברה תנכה מהתשלומים את כל החובות המגיעים לה מהמבוטח בגין פוליסה זו בכפוף להוראות הדין.
- 10.8. 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.
- 10.9. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב - **סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:**
- 10.9.1. 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.
- 10.9.2. 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.

11. תביעות

11.1. תשלום תגמולי ביטוח אם התקיימו התנאים הבאים:

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

12. חריגים כלליים

- החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים אלא אם צוין אחרת בפרקי הפוליסה:
- 12.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או במהלך תקופת האכשרה. למעט מקרה ביטוח שנגרם מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה או מקרה הביטוח שאירע לאחר תום תקופת הביטוח.
 - 12.2. 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.
- 12.2.1. 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.
- 12.2.2. 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.
- 12.2.3. על אף האמור בסעיף 12.2.1 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.
- 12.3. שירותו של המבוטח בצבא כשירות חובה, קבע או מילואים או במשטרה, או השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, אם מקרה הביטוח נובע במישרין משירות זה, והמבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי ו/או גורם אחר, שהכיר בחבותו לפיצוי ו/או טיפול במבוטח, למעט מקרים בהם זכאי המבוטח לפיצוי חלקי, בהם יישא המבטח ביתרת העלות.
- 12.4. השתתפות פעילה של המבוטח במעשה חבלה, עוון או פשע כהגדרתם בחוק הפלילי. על אף הקבוע בסעיף זה, הוא לא יחול על עברות על פי החוק הפלילי הנוגעות לתאונות דרכים.
- 12.5. התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.
- 12.6. פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי (קבלת שכר על פעילותו הספורטיבית) תוך השתייכות לאגודת ספורט.
- 12.7. לידה, למעט לידה בניחוח קיסרי ולמעט הפסקת הריון אשר אושרה על ידי הוועדה המאשרת מטעם משרד הבריאות. טיפולים רפואיים ו/או ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים, למעט ניתוחי פה ולסת שאינם קשורים בשיניים.
- 12.8. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או בדיקות הקשורים באופן ישיר או עקיף למטרת יופי ו/או אסתטיקה.
- 12.9. השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה: "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 12.10. 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 בכל אחד מפרקי הביטוח בפוליסה זו לפי העניין.
- חריג זה לא יחול על כיסויים הניתנים בחו"ל לפי תנאי הפוליסה.

הוראות בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

- 13.1. 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;
- 13.2. על אף האמור בסעיף 6.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הווארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין-
- (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.
- 13.3. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 13.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחווזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 13.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 3.2.20 או בסעיף 9.7 לעיל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 3.2.20.2 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.
- 13.5.1. 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.
- 13.5.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות המשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 13.5.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 7.3 להלן ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה

כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

13.5.4. 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.

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

14.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 3.2.20.2 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 לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

14.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 3.2.20 או בסעיף 9.7 לעיל ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה 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 3.2.20.2 לעיל, לענין 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.

14.3. על אף האמור בסעיף 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.

15. הצמדה:

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

15.2. 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.

15.3. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל או המדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע התשלום, לפי העניין, לבין המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.

16. 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 ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

17. חוק הביטוח וחוק הבריאות

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

18. ועדת ערר

- 18.1. נדחתה תביעתו של מבוטח לקבלת תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו באופן מלא או חלקי, מנימוקים רפואיים ו/או אחרים, למעט בגין סייג הנכות המוכרת, תימסר לו הודעה מנומקת על ידי המבטח, המפנה את תשומת ליבו לזכותו להגיש ערר לוועדת ערר, וזאת בתוך 60 יום מיום שנמסרה לו ההודעה.

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

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

20. שינויים

- 20.1. החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם.
- 20.2. במקרה של שינויים רגולציה אשר יחולו על פוליסה זו תהא חברת הביטוח רשאית להתאים את דמי הביטוח כמפורט בהסכם ובמידה ולא יסכים בעל הפוליסה לשינוי זה יהיו הצדדים רשאים לסיים את ההסכם בהודעה של 90 יום מראש ובתנאי כי ובלבד שביטוח הבריאות עבור המבוטחים יוסדר אצל מבטח אחר.

21. מיסים והיטלים

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

22. הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

23. שירותי ייעוץ הביטוח

- ווי.די.בי יעצים בע"מ ישמש כיועץ ביטוח אשר יעניק ייעוץ שוטף למבוטחים בפוליסה כמפורט להלן:
- 23.1. בירורים מול המבטח בקשר לזכויות על פי הפוליסה, בירורים מול המבטח בקשר להחלטות המבטח על פי הפוליסה, מתן חוות דעת למבוטח לגבי בקשות לאישור תביעות על פי הפוליסה.

- 23.2. סיוע, מתן מידע ובירורים לגבי טענה או תלונה של המבוטח הקשורה בנהלי המבטח והשירות הניתן על ידו.
- 23.3. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבוטח לפנות ליועץ הביטוח.
- 23.4. המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידי, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידי שאלא באמצעות המבוטח.
- 23.5. יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה. למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

רובד בסיס

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

1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, כהגדרתה לעיל.

1.1. **השתלה:** כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, קרנית, שחלה וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלת מח עצמות מתורם אחר או מח עצמות שמקורו בתרומה עצמית של המבוטח או השתלת תאי אב או תאי גזע מדם הקיפי ו/או דם טבורי מתורם זר או מתרומה עצמית. השתלה תכלול גם השתלת או תפעול בעזרת איבר מלאכותי כדוגמת לב מלאכותי ו/או השתלת איבר ממקור אחר. מובהר, כי שימוש במכונת החייאה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל. (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה על פי פרק זה.

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:

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

- 1.2.1. לא ניתן לבצעם ע"י שירותי הרפואה בישראל ואין להם טיפול או ניתוח חלופי בישראל.
- 1.2.2. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן המתנה סביר ובשל ובשל ההמתנה עלולה להיגרם החמרה (על פי קריטריונים רפואיים מקובלים) במצבו הרפואי של המבוטח ו/או סיכון לחיי המבוטח.
- 1.2.3. קיים בחו"ל ניסיון מוכח רב יותר (עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים) בביצוע הטיפול המיוחד, מאשר בישראל.
- 1.2.4. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להצלת שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להצלת הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
- 1.2.5. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.

2. סכום הביטוח:

2.1. סכום הביטוח המרבי לכל תקופת הביטוח למבוטח:

2.1.1. להשתלה:

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

2.1.1.2. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 4,000,000 ₪.

2.1.2. טיפול 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 ₪.

2.2. **נותן שירות שבהסכם** - החברה תשלם את מלא 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 לנותן השירות הרפואי. התשלום יבוצע

כנגד קבלות מקוריות או העתקן המפרטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במבוטח, הסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח הכוללים פירוט כל הפעולות, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי כמפורט בסעיף 2.1 לעיל. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

2.4. **התחייבות החברה:**

בקרת מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח כמפורט להלן:

2.5. **אפשרות שיפוי להשתלה/ לטיפול המיוחד בהתאם למפורט בסעיף -**

2.5.1. **תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.**

2.5.2. **הוצאות שהות לפני אשפוז להשתלה או לטיפול מיוחד - ללא הגבלה. בנוסף, תקופת אשפוז מרבית שלא תעלה על 365 ימים, בין אם האשפוז בוצע לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, ובין אם לאחר מכן, ולרבות טיפולי דיאליזה עד לסכום של 150,000 ₪ לטיפולים אלו. תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.**

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

2.5.4. **תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל להשתלה או לטיפול המיוחד, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד 60,000 ₪. על אף האמור, אם תואמה ההטסה הרפואית המיוחדת על ידי המבטח, יינתן כיסוי מלא.**

2.5.5. **תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, עד 800 ₪ ליממה למבוטח+מלווה. במקרה בו המבוטח העובר את ההשתלה או את הטיפול במיוחד הינו מתחת לגיל 18, ינתן הכיסוי לשני מלווים - עד 1,500 ₪ ליממה עד לתקרה מירבית של 180,000 ₪ למבוטח + שני מלווים.**

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

2.5.7. **תשלום עבור המשך טיפולים בארץ לרבות טיפול תרופתי הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, עד 12 חודשים מביצוע ההשתלה ועד לסכום של 200,000 ₪ להשתלה או עד לסך של 100,000 ₪ לטיפול המיוחד.**

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

2.5.9. **הוצאות העברה יבשתית להשתלה או לטיפול המיוחד - המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח.**

2.5.10. **תשלום עבור הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת להשגת, שימור והעברת האיבר המושטל למקום ביצוע ההשתלה.**

במקרה של השתלת מח עצם ובכפוף לקרות מקרה הביטוח, ישולמו הוצאות הבדיקות לאיתור תורם מח עצם, וזאת עד 210,000 ₪.

2.5.11. **ביצע המבוטח השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה זכאי לסכום חודשי של 5,550 ₪ להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה או לבלב או השתלת כליה, מעי, שתלה או מח עצמות מתורם אחר (למען הסר ספק לא כולל השתלת מח עצמית ולא**

כולל השתלת קרנית), אשר ישולם למבוטח לאחר ביצוע ההשתלה בארץ או מיום חזרתו ארצה ולמשך תקופה של 24 חודשים.
ביצע המבוטח השתלת מח עצמית או קרנית, יהא זכאי לסכום חד פעמי בסך של 10,000 ₪.

2.5.12 על אף האמור בסעיף 2.5.12, מבוטח אשר זכאי לגמלה המפורטת בסעיף 2.5.12 יהיה מעוניין לעשות כן, יוכל לקבל את הגמלה בתשלום אחד וחד פעמי.

2.5.13 מובהר, כי מבוטח אשר עבר השתלת מח עצם עצמית, קרנית, או תאי גזע מדם הקיפי ו/או דם טבורי מתורם זר או מתרומה עצמית, יהא זכאי לקבלת הגמלה החודשית, בתנאי שהנו נמצא במצב של אובדן כושר עבודה בפועל וכל עוד הוא נמצא במצב זה, ועד לתקופה המרבית האמורה לעיל.

2.5.14 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.

2.6 **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 388,500 ₪, זאת למעט השתלת מח עצם עצמית, קרנית, תאי גזע מדם הקיפי ו/או טבורי - ובתנאי כי נטילת האיבר והשתלת האיבר עומדים בהוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח.

2.7 **למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח כמפורט בסעיף 1.1 (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 2.5 ו-2.6 לעיל ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.**

מובהר כי השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד חוזרים אשר יידרשו/ בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני. למען הסר ספק מובהר כי שימוש במכונת החייאה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה על פי פרק זה.

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

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

3. חריגים

כל החריגים הכלליים הקבועים בפוליסה זו יחולו במלוא תוקפם גם על פרק זה.

פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות

1. הגדרות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרופאים התשמ"א - 1981 אשר מטרתו לאבחן או לטפל או לרפא או להקל על הסימפטומים הרפואיים או שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה או למנוע מחלה.
- ההגדרה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח -1-18-2015 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי.**
- 1.2. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל וכפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.3. **רופא מומחה** - רופא אשר הוכר כמומחה על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.4. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, 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 ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.
- 1.6. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
- 1.7. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן נותני השירות).
- 1.8. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.9. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם חודשי. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.10. **בדיקה גנומית לגידול סרטני** - בדיקת גנומית מולקולרית ו/או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינה מכוסות בסל הבריאות ושנקבע על פי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, הצורך לבצע אותה בהתאם לפרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה ו/או בארה"ב.

2. מקרה הביטוח

- 2.1. מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, שרופא מומחה מטעמו קבע את הצורך בטיפול תרופתי כמפורט להלן.
 - 2.1.1. **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות** ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (להלן - המדינות המוכרות): ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
 - 2.1.2. **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.

2.1.3. **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:

2.1.3.1. פרסומי ה-FDA

2.1.3.2. American Hospital Formulary Service Drug Information

2.1.3.3. US Pharmacopoeia - Drug Information

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

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

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

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

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

א) NCCN

ב) ASCO

ג) NICE

ד) ESMO Minimal Recommendation

ה) שלושה פרסומים מדעיים אחרים.

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

2.1.4. **תרופות לפי סעיף 29** - רכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות ובתנאי שניתן אישור לשימוש בתרופה על פי תקנה 29 (א) 3 לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו - 1986, ו/או שאושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות ו/או על ידי הרשויות המוסמכות בישראל להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו ובתנאי שהתרופה אינה מתחום הרפואה המשלימה ובכפוף לכך שרופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה בבית חולים כללי (כלומר, שמפעיל באורח קבע חדר מיון), קבע כי התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך פרסום מדעי רפואי מקובל וכי התועלת בשימוש בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.

2.1.5. **תרופות יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

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

3. תגמולי הביטוח

- 3.1. החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותן השרות עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 170 ₪ למרשם לחודש ועד 500 ₪ 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 והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.
- 3.2. תרופות שעלותן מעל 3,000 ₪ לחודש - ללא השתתפות עצמית.

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).
- 3.3. סכום הביטוח המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות בגין סעיפים 2.1.1 - 2.1.3 יהיה עד 3,000,000 ₪ מתחדש מדי 24 חודשים. עבור מקרה ביטוח שאירע בתקופת ההסכם, סכום הביטוח המירבי, לא יחודש בתום תקופת הביטוח.
- 3.4. סכום הביטוח המירבי בגין תרופה /ות לפי סעיף 2.1.4 וסעיף 2.1.5 יהיה עד 1,000,000 ₪ מתחדש מדי 24 חודשים. עבור מקרה ביטוח שאירע בתקופת ההסכם, סכום הביטוח המירבי, לא יחודש בתום תקופת הביטוח.
- 3.5. החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד 4,700 ₪ למקרה ביטוח.
- 3.6. **בדיקה גנומית לגידול סרטני** - החברה תשלם ישירות לספק שירות שבהסכם עם החברה (אם קיים הסכם) או תשפה את המבוטח עד 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין ביצוע בדיקה גנומית לגידול סרטני כמוגדר בסעיף 1.11 לעיל, אך לא יותר מתקרה של 40,000 ₪ למקרה.

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 אם נאמר אחרת בהגדרת מקרה הביטוח.
 - 4.2. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון ו/או תרופות מתחום הרפואה משלימה ו/או תרופות הומאופטיות.
 - 4.3. טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ובכלל זה מוטציה ו/או ויראציה דומה אחרת ו/או טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת הצהבת לסוגיה השונים.

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.

פרק ג': כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה, יחולו על נספח זה ההגדרות הנוספות שלהלן:

1.1. **טכנולוגיות רפואיות** - הליך או הליכים, אמצעי או אמצעים לאבחון ו/או לטיפול רפואי בגין תאונה ו/או מחלה פעילה כמוגדר להלן, המוכרים בעת ביצועם, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כטכנולוגיות שגרתיות ומקובלות או טכנולוגיות מתקדמות וחדשניות, בין אם טכנולוגיות אלה כלולות בסל הבריאות ובין אם לא, בין אם הינם קיימים היום ובין שיהיו בעתיד. טכנולוגיות כנ"ל אביזרים רפואיים מסוגים שונים בכללם עזרים ניתוחיים ואחרים, שתל/ים כמוגדר להלן ומשתלים מיוחדים. ערכות (קייטים) ייחודיים של אביזרים לשימוש במהלך ניתוח (בין מתכלים ובין אחרים), בין אם הינם מושתלים בגוף המבוטח במהלך ניתוח ובין אם לאו (כגון PERCLOSE או HEART PORT וכיוצא), ובדיקות פתולוגיות מיוחדות לקביעת אופן הטיפול לאחר ביצוע ניתוח.

כן, יכללו במסגרת הגדרה זו פעולות הדמיה מסוגים שונים, ובכלל זה הדמיה/יות וירטואלי/יות הבאה/ות כאבחון או כטיפול כהכנה לניתוח או במהלכו או לאחריו כגון: MRI, C.T, PET, US.

מוסכם כי השימוש בטכנולוגיות כמתואר לעיל מטרתם להציל חיים או להאריך חיים או לשפר משמעותית את איכות ההליך הניתוחי המתבצע במבוטח במהלך הניתוח או כהכנה או לאחריו, כתוצאה מאירוע תאונתי ו/או כתוצאה ממחלה פעילה כמוגדר להלן, והינו נזקק בשל כך לשימוש באמצעות הטכנולוגיות הרפואיות הנ"ל אשר ביצועם ייעודי להכנה לניתוח, במהלכו או לאחריו.

על מנת למנוע כל ספק אפשרי, כל המתואר לעיל, מותנה בקיומם של כל התנאים המצטברים בהגדרת מקרה ביטוח שעל פי נספח זה להלן.

כמו כן מודגש, כי במסגרת ההגדרה הנ"ל לא יהיו כלולים ולא יכוסו הוצאות הניתוח עצמו וכן חליפי ניתוח כמוגדר להלן, אלא אם רכש המבוטח נספח מיוחד לכיסוי ניתוח/ים ושירותים רפואיים נלווים לניתוחים, הכולל גם כיסוי בגין חליפי ניתוח. במקרה כזה יכוסו הוצאות אלה על פי הנספח המיוחד שנרכש.

1.2. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרופאים התשמ"א - 1981 אשר מטרתו לאבחון או לטיפול או לרפא או להקל על הסימפטומים הרפואיים, אשר מופיע ברשימת התרופות המאושרות לשימוש בישראל כמוגדר בסעיף 1.2 בנספח ב' לעיל ו/או שאושר לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות בארצות הברית ו/או שאושר לשימוש על ידי הרשויות באיחוד האירופי.

1.3. **ניתוח** - פעולה פולשנית-חדירתית (INVASIVE PROCEDURE) החדרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון נגם או עיוות אצל המבוטח.

במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר או באמצעות גל קול, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צינתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה וכדומה בכל שיטה.

1.4. **שתל** - כל אביזר טבעי או חלק מאביזר טבעי, או אביזר מלאכותי, ממפרק מלאכותי או טבעי ובכלל זה משתלים מיוחדים רגילים או מפרשי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח (כגון: עדשה, נספח ירך, סטנט וכו') למעט תותבת שיניים שתל דנטאלי ושתל במהלך ההשתלה.

1.5. **מחלה פעילה** - כל אירוע מחלתי בין אם הינו חדש ובלתי צפוי ובין אם הינו מחלה כרונית מתמשכת אשר התלקחה והדורשת טיפול רפואי.

1.6. **טיפול חלופי לניתוח** - טיפול רפואי המבוצע כתחליף לניתוח אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע.

1.7. **תאונה** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלה כוח פיסי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. **כל ההגדרות שלעיל במידה והינן כלולות ונוגעות לפרוצדורות רפואיות נוסחו באופן המיטיב עם המבוטח** ביחס להגדרת המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר 2004/20 "הגדרת של פרוצדורות רפואיות בביטוחי בריאות".

2. מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב **ביצוע ניתוח** בגין תאונה או מחלה פעילה כמוגדר לעיל, תוך שימוש בטכנולוגיות רפואיות כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל, בתנאי כי התקיימו כל התנאים הבאים **במצטבר**:

- 2.1. רופא בתחום הרלוונטי קבע, עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את השימוש בטכנולוגיות הרפואיות הנ"ל.
- 2.2. אין הטכנולוגיה הנ"ל מהווה תרופה מכל מין וסוג שהוא כמוגדר לעיל, לרבות טיפולים כימותרפיים, בין אם הנה כלולה בסל הבריאות הממלכתי ובין אם לאו. משתל או שתל המפריש תרופה לא יוגדר כתרופה עפ"י נספח זה.
- 2.3. אין היא כוללת איבר טבעי או מלאכותי מכל מין או סוג שהוא שייעדו להיות מושתל במבוטח או להיות חליף של איבר שתפקידו לפעול במקום האיבר אשר הפסיק לפעול או נכשל בפעילותו, בהתאם לכיסוי על פי נספח ההשתלות.
- 2.4. אין היא קשורה בהפריה או בהריון או בלידה או בשמירת הריון או בלידה מוקדמת או בטיפול בעובר או בפג.
- 2.5. אין מטרתה קוסמטית או אסתטית.
- 2.6. אין היא קשורה למצב נפשי או למצב פסיכומי או לטיפול פסיכיאטרי או לטיפול פסיכולוגי.
- 2.7. אין היא קשורה לטיפול גריאטרי.
- 2.8. אין הטכנולוגיה הרפואית הנ"ל מהווה טיפול ניסיוני או מחקרי והשימוש בה אושר ע"י הרשויות המתאימות בישראל.
- 2.9. אין היא מהווה טיפול או אבחון או פעולה שמטרתה מניעתית מכל סוג שהוא ובכלל זה אינה בגלל מצב תורשתי מכל מין וסוג שהוא.
- 2.10. אינה מהווה פיתוח ביוטכנולוגי הנוגע בשכפול גנים או לשפעול גנים או להחלפה או לטיפול בגנים או להזרקת תאים עובריים לאיברים שונים.
- 2.11. הטכנולוגיה הרפואית הנ"ל אינה טיפול מתחום הרפואה המשלימה.

3. התחייבות המבוטח:

- 3.1. בקרות מקרה הביטוח ישפה המבוטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח שעל פי נספח זה עד לתקרת סכום השיפוי המרבי בסך 388,525 ₪ לכל תקופת טיפול כמפורט להלן, אך לא יותר מסכומי השיפוי המרביים שנקבעו לכל פעולה הכלולה כמקרה וביטוח כמפורט להלן:
 - 3.1.1. **לשתל** עד לסך של 25,000 ₪ לכל אביזר אך לא יותר מ-166,500 ₪ לכל תקופת טיפול.
 - 3.1.2. **להדמיה או לבדיקה/ות** עד 44,400 ₪ לכל פעולה / בדיקה ולא יותר מ-111,007 ₪ לכל תקופת טיפול.
 - 3.1.3. **לכל הליך או פעולה אחרים** המוגדר לעיל כטכנולוגיה רפואית היום ולכל הליך או פעולה שיהיו בעתיד, סך של 16,650 ₪ לכל פעולה ולא יותר מ-111,007 ₪

לכל תקופת טיפול. בסך הכול לא יעלה הסך המרבי לכל הפעולות הטכנולוגיות הרפואיות על סך 388,525 ₪ לכל תקופת טיפול.

3.1.4. **טכנולוגיות רפואיות בחו"ל** יכוסו עד לתקרת עלות אותו הטיפול בארץ ולא יותר מ-111,007 ₪ לכל תקופת טיפול.

3.2. **תקופת טיפול משמעה** - תקופה בת 60 חודשים המתחילה במועד תחילת הטיפול במבוטח, בתנאי כי תקופת הביטוח טרם הסתיימה, (להלן "תקופת הטיפול הראשונה") והיא תחודש למשך כל 60 חודשים אך לא יותר מתום תקופת הביטוח. בתום תקופת הטיפול הראשונה יחודש גם סכום השיפוי לאותו מבוטח בסך 388,525 ₪ לתקופות טיפול נוספות בתנאי וכל עוד נמשכת תקופת הביטוח.

4. תקופת אכשרה

למקרה ביטוח על פי נספח זה תקופת אכשרה בת 90 ימים מיום תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח.

5. כפל כיסוי

5.1. היה למבוטח כיסוי נוסף למקרה ביטוח המוגדר כטכנולוגיה רפואית בנספח זה הכלול גם בנספח אחר בפוליסה זו, בין אם הכיסוי הינו חלקי ובין אם הינו מלא, יהא זכאי לשיפוי עד לגבול האחריות הקבוע בכל אחד מהנספחים, אך לא יותר מעלות הוצאותיו בפועל בגין אותו מקרה ביטוח.

6. חריגים

כל החריגים הכלליים המפורטים בסעיף 12 על סעיפי המשנה שבו יחולו גם על נספח זה.

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

1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח.

1.1. "ניתוח" - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החדרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

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

2. תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח שהינו ניתוח פרטי בחו"ל

2.1. בקרות מקרה הביטוח, במידה והמבוטח יבצע את הניתוח בחו"ל, תשלם החברה ישירות לספק השירות ו/או תשפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח, כמפורט להלן: שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת (עד 50,000 ₪ למקרה ביטוח לתותבת), וכל הוצאה רפואית סבירה אחרת הקשורה ישירות לניתוח ואשר החיוב בינה נעשה על ידי בית החולים או הרופא המנתח או המרדים.

2.2. בנוסף לאמור בסעיף 2.1 לעיל, תכסה החברה גם את ההוצאות הבאות:

2.2.1. כיסוי להוצאות הטסה רפואית

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

"הטסה רפואית" - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המתאם 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.

2.2.2. כיסוי להוצאות שהייה

במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 5 ימים, החברה תכסה את הוצאות השהייה של מלווה אחד, לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לעינין סעיף זה, לא יעלה על 966 ₪ ליום, ועד לסך מירבי של 96,576 ₪. במקרה בו המבוטח העובר את הניתוח מתחת לגיל 18, ינתן הכיסוי לשני מלווים - עד 1,449 ₪ ליממה לשני מלווים ובסה"כ עד 144,864 ₪.

2.2.3. כיסוי להוצאות הטסת גופה

החברה תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ל המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר כתוצאה ישירה מהניתוח.

2.2.4. הוצאות העברה יבשתית

עד תעריף שירותי אמבולנס בארץ מקום ביצוע הניתוח.

2.2.5. הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל

מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, או שהחברה קבעה לבקשת המבוטח, כי הכיסוי בגין ניתוח בחו"ל ינתן באמצעות הבאתו של

מומחה לביצוע הניתוח בישראל כתחליף לסעיף השיפוי מול ספק השירות, יהיה זכאי להחזר הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח ובהבאת המנתח המומחה מחו"ל לישראל.

2.2.6. התייעצות בחו"ל לפני ניתוח -

התייעצות בחו"ל לפני ניתוח עם רופא מומחה או עם המנתח. החברה תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין התייעצות בקרות מקרה ביטוח המפורט בפרק זה, עד לסך של 1,500 ₪.

2.2.7. 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 ₪.

2.3. מחליף ניתוח בחו"ל - בקרות מקרה הביטוח במידה והמבוטח יבצע את הטיפול מחליף ניתוח בחו"ל תשלם החברה ישירות לספק השירות ו/או תשפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בטיפול המחליף ניתוח, כמפורט להלן: שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, תותבת (עד 50,000 ₪ למקרה ביטוח), בדיקה פתולוגית. תקרת אחריות המבטח הינה עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.

2.3.1. מקרה הביטוח הינו קיומם במצטבר של כל התנאים שלהלן:

2.3.1.1. מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח (להלן "הניתוח המוחלף") ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעתו של המבוטח לחו"ל.

2.3.1.2. רופא מומחה בתחום הרלוונטי המליץ על ביצוע טיפול מחליף ניתוח במקום ביצוע הניתוח המוחלף.

2.3.1.3. הטיפול מחליף ניתוח ניתן על ידי רופא מומחה בעל התמחות בתחום הרלוונטי ואשר מורשה על פי כל דין במדינה בה מתבצע הטיפול לבצע את הטיפול מחליף ניתוח.

2.3.1.4. הטיפול מחליף ניתוח יבוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול מחליף ניתוח על פי כל דין במדינה בה הם ממוקמים.

3. חריגים מיוחדים

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

3.1. השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל שאינם ניתנים לביצוע בישראל.

3.2. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.

3.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור מעיים שמקורם אינו בצורך רפואי.

3.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בהריון ו/או לידה ו/או בפוריות ו/או עקרות למעט גרידה ו/או ניתוח קיסרי בשל צורך רפואי.

3.5. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בגלל פציעה שארעה תוך פעילות ספורט במסגרת אגודת ספורט.

- 3.6. בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפותרמי, זריקות, הזלפות ופעולות הדמיה כגון: mri-ct כאשר אינן חלק ממהלך ניתוח.
- 3.7. ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים.
- 3.8. הליכים רפואיים ו/או שימוש באביזרים שאינם במסגרת ניתוח המבוצע במבוטח, או במסגרת טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.
- 3.9. תרופה כימית ו/או ביולוגית מכל מין וסוג.
- 3.10. טיפולים ניסיוניים או מחקריים או טיפולים שאינם מקובלים על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.
- 3.11. טיפולים ו/או בדיקות מניעה וסקר.
- 3.12. טיפולים ו/או בדיקות שאינם למטרת אבחון ו/או טיפול במצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח.
- 3.13. טיפולים במסגרת רפואה משלימה.
- 3.14. טיפולי פיסיותרפיה, טיפולים פרא-רפואיים וטיפולים כימותרפיים.

4. תנאים מיוחדים לפרק זה

- 4.1. הכיסוי לניתוחים פרטיים/טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח/טיפול מחליף ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח/טיפול מחליף ניתוח אושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח, ייעשו ישירות על ידי החברה. בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח/טיפול מחליף ניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את החברה באופן מדי וימסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח/טיפול מחליף ניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח/טיפול מחליף ניתוח. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח/טיפול מחליף ניתוח ו/או יבחר לבצע את הניתוח/טיפול מחליף ניתוח אצל מנתח ובית חולים שאינם בהסדר עם החברה למרות אישור התביעה ע"י החברה תגמולי הביטוח יוגבלו ל-200% מעלות הניתוח/טיפול מחליף ניתוח בארץ.
- 4.2. החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל ממועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

רובד הרחבה

פרק ה': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

1. הגדרות:

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

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

- 3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
- 3.2. שכר מנתח.
- 3.3. **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית:** כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה 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 לנוותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנוותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנוותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנוותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנוותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

- 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוסט עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוסט עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוסט 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 המבוסט או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוסט בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 12.2 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגבי הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.
5. תקופת אכשרה:
- תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

פרק ו': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפול מחליפי ניתוח

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

פרק זה יחול במקום פרק ה', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים כמפורט בסעיף 3.2.18 בתמורה לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 9 לפוליסה זו

1. הגדרות:

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

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2. שכר מנתח.

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

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

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

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

4. תגמולי ביטוח:

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

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

בקרות מקרה ביטוח החברה המבטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

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

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

5. ברות ביטוח:

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים 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.

6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

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

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

6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

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

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

- 6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 12.2 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

7. תקופת אכשרה:

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

פרק ז': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

1. הגדרות

1.1 "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.) וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו.

1.2 "בדיקות הריון" -

- 1.2.1 בדיקות סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, קנוון, פנקוני, סינדרום בלום, דיסאטונומיה משפחתית וכד'.
- 1.2.2 בדיקת סיסי שליה.
- 1.2.3 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
- 1.2.4 סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר.
- 1.2.5 בדיקת מי שפיר.
- 1.2.6 שיקוף עורפי.

2. מקרה ביטוח

שירותים אמבולטוריים המפורטים להלן אשר המבוטח נזקק להם כתוצאה מבעיה רפואית או מבטחת זקוקה להם בעת הריונה או בקשר להריונה.

3. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

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

3.1 **חוות דעת רפואית בישראל** עד 970 ש"ח להתייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי ועד 4 סה"כ 4 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.

התייעצות עם רופא משפחה/רופא ילדים ו/או רופא נשים יכללו במסגרת זו ובלבד שההתייעצות נעשתה עם רופא שאינו הרופא המטפל בדרך שגרה במבוטח/ת.

3.2 בדיקות רפואיות אבחנתיות

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקות, אך לא יותר מ-12,900 ש"ח לכל הבדיקות למבוטח לשנת ביטוח.

3.3 **טיפולים פיזיותרפיים** לפי הוראת רופא, עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-2,600 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח.

3.4 השתתפות בבדיקות מיוחדות לנשים בהריון:

- 3.4.1 המבטח ישתתף בעלות בדיקות ההיריון המוגדרות בסעיף 1.2 לעיל (1.2.1 - 1.2.6)
- 3.4.2 השתתפות המבטח תהא בשיעור של 80% מההוצאה בפועל, אך לא יותר מסך 2,860 ש"ח לבדיקת מי שפיר (סעיף 1.2.5) או סיסי שליה (סעיף 1.2.2), 1,300 ש"ח לסריקת מערכות מוקדמת (סעיף 1.2.3) ו-1,300 ש"ח לסריקת מערכות מאוחרת (סעיף 1.2.4), 1,420 ש"ח לבדיקות גילוי נשאות גני או שיקוף עורפי (סעיפים 1.2.1 או 1.2.6).
- 3.4.3 הכיסוי יינתן גם לבדיקות הריון עבור אם פונדקאית.

- 3.4.4. להסרת ספק, מקרה הביטוח המזכה הינו ביצוע הבדיקה בפועל ולא היות המבוטחת בהריון.
- 3.5. **השתתפות בטיפול פריון בארץ או בחו"ל:** המבטח ישלם למבוטח/ת תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי פוריות (כולל תרומת ביצית) בהפניה של רופא מומחה בתחום, וזאת עד לסכום של 15,500 ₪ בשנה ועד לסך של 26,640 ₪ בתקופת הביטוח.
- 3.6. **טיפול רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או תרמו תרפיה** - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה הניתנים למבוטח בין ע"י תשלום ישירות לבית החולים או למבוטח עצמו, אך לא יותר מהסכום ששולם על-ידו בפועל ועד תקרה בגובה 38,700 ₪ לשנת ביטוח לכל סוג טיפול.
- 3.7. **מנוי לשירותי משדר קרדיאלי / קרדילוגי** - המבטח ישפה את המבוטח עבור הוצאות שהוציא בפועל כדמי שירות המינוי למשדר הקרדילוגי, אך לא יותר מ-195 ₪ לחודש לתקופה מרבית של 30 חודשים. וזאת בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח הצורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק למשדר על פי אישור רופא מומחה.
- 3.8. **שכר אחות/ לאחר ניתוח** - ישולם סכום שלא יעלה על 500 ₪ ליום ועד ל-8 ימי אשפוז.
- 3.9. **ניתוחים המבוצעים ע"י רופא שיניים** - טיפולי שיניים שהם המשך ישיר מניתוח שזכאותו הוכרה, יכוסו גם אם מדובר בטיפול פרוטטיקה ואורתודנטיה, אך לא יותר מ-10,000 ₪ למקרה ביטוח.
- 3.10. **החלמה לאחר ניתוח קשה**
- 3.10.1. מקרה הביטוח - ביצוע ניתוח המוכר על פי תנאי פוליסה זו- הכולל פתיחת בית חזה ו/או ניתוח מוח ו/או כל ניתוח בגינו היה המבוטח מאושפז 7 ימים לפחות ברציפות.
- 3.10.2. סכום הביטוח - ארע מקרה הביטוח כקבוע בסעיף זה, ישפה המבטח את המבוטח עבור הוצאות החלמה, בסכום שאינו עולה על 700 ₪ ליום החלמה ולתקופה שלא תעלה על 14 ימים רצופים.
- 3.10.3. השגחה/טיפול - לאחר ניתוח ע"י אחות או מטפלת, עד ל-6 שעות טיפול יומי, ועד לסך 180 ₪ ליום, למשך תקופה שלא תעלה על 30 ימים במצטבר - והכל בפרק זמן אשר תחילתו תהא לאחר תום האשפוז, ועד ל-90 ימים לאחר תום האשפוז.
- 3.10.4. **אובדן כושר עבודה כתוצאה ישירה בלבד של סיבוכי ניתוח**
- 3.10.4.1. מקרה הביטוח - מקרה של אובדן כושר העבודה הנגרם למבוטח כתוצאה ישירה בלבד מסיבוכי ניתוח המכוסה על פי הסכם זה, אשר נמשך למעלה מ-60 ימים (להלן: "תקופת המתנה"). לעניין סעיף זה "אובדן כושר עבודה" - אי יכולתו של המבוטח לעבוד ב- 75% ומעלה מהיקף עבודתו טרם ביצוע הניתוח המכוסה על פי הסכם זה.
- 3.10.4.2. בוצעו במבוטח מספר ניתוחים במעמד אחד, יראו בכל ההליכים הנזכרים להלן ניתוח יחיד ויהו מקרה ביטוח אחד.
- 3.10.4.3. סכום הביטוח - ארע מקרה הביטוח כקבוע בסעיף זה, יפצה המבטח את המבוטח בסכום של 8,000 ₪ לחודש למשך 12 חודשים החל מהמועד בו תמו 60 הימים של תקופת המתנה, או עד המועד בו חדל המבוטח להיות במצב של אובדן מוחלט של כושר העבודה, לפי המוקדם.

3.10.4.4. סייג לכיסוי - המבטח לא יכסה מקרה ביטוח על פי סעיף זה, אם המבטח לא היה כשיר לעבודה מלאה לפני ביצוע הניתוח ו/או במהלך 6 חודשים לפני מועד ביצוע הניתוח.

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 ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט המפורט בפרק זה.

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

5. תקופת אכשרה

במקרה של כיסוי הקשור בהיריון ו/או גרידה ו/או לידה ולסעיף 3.5 (השתתפות בהפריה חוץ גופית) תהא תקופת אכשרה של 9 חודשים.

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

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

1. מבוא:

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

2. הגדרות:

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

הראל חברה לביטוח בע"מ.	"החברה"
הגוף עמו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה, אשר פרטיו מפורטים בדף פרטי הביטוח.	"ספק השירות" או "הספק"
קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו ייוסחו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי פוליסה זו. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: 072-2756606.	"מוקד השירות" או "המוקד"
הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה.	"הפוליסה"
אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב השירות והינו זכאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות.	"מנוי"
הסכומים בגין כתב שירות זה שעל המנוי לשלם לחברה, על פי תנאי כתב שירות זה, כמפורט בפוליסה.	"דמי מנוי"
דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין היתר, את פרטי המנוי, דמי המנוי, המועד הקובע ופרטים נוספים הנוגעים לכתב השירות.	"דף פרטי הביטוח"
מועד כניסתו לתוקף של כתב השירות, לגבי המנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.	"המועד הקובע"
כתב שירות זה המקנה, על פי הוראותיו, זכאות למנוי לקבלת השירותים.	"כתב השירות"
מטפל באחד או יותר מתחומי השירותים אשר עבר הכשרה לעסוק בתחום הטיפול בו הוא משמש כמטפל.	"נותן השירות"
נותן שירות עמו התקשר הספק למתן השירותים למנויים ובלבד שהינו צד להסכם התקשרות עם הספק במועד פניית המנוי למוקד לצורך קבלת השירות.	"נותן שירות שבהסכם"
נותן שירות שאינו נותן שירות שבהסכם.	"נותן שירות אחר"
שירותי רפואה משלימה הכלולים במפורש ברשימה שבסעיף 2.1 להלן, בהתאם לתיאור המפורט בצדמ שיינתנו למנוי על פי הוראות כתב שירות זה.	"השירות" או "השירותים"
סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו לשם קבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות.	"השתתפות עצמית"
הסכום המרבי שישלם הספק למנוי בגין השירותים כמפורט בכתב השירות.	"סכום השיפוי המרבי"

"רופא"	מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.
"שנה"	כהגדרתה בפוליסה.
"תקופת אכשרה"	<p>תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי ממועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי המנוי, ומסתיימת בתום 90 יום ממועד כניסת כתב השירות לתוקף לגבי המנוי שבמהלכה לא יהיה זכאי המנוי לקבלת השירותים מכוח כתב השירות (למעט שירותים הנדרשים בעקבות תאונה). תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופה שבה הוא מנוי ברצף, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לכתב השירות מחדש, בתקופות בלתי רצופות. הספק לא יספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה.</p> <p>לעניין זה "תאונה" - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח.</p> <p>למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות, לא יחשבו כ"תאונה".</p>

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

3. השירותים:

- 3.1. השירותים הכלולים בכתב שירות זה הינם כמפורט להלן, ושירותים אלו בלבד:
- 3.1.1. **אקופונקטורה (דיקור סיני)** - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 3.1.2. **שיטת טווינה** - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב עיסוי רקמות עמוק.
- 3.1.3. **רפלקסולוגיה** - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
- 3.1.4. **שיאצו** - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף.
- 3.1.5. **פלנדנקרייז** - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 3.1.6. **אוסטיאופתיה** - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 3.1.7. **ביו-פיזיק** - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 3.1.8. **ייעוץ דיאטטי** - התאמה אישית של תכנית תזונה למנוי.
- 3.1.9. **הומיאופתיה** - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- 3.1.10. **כירופרקטיקה** - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 3.1.11. **נטורופתיה** - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 3.1.12. **פרחי באך** - תמציות פרחים המסייעות ומונעות היווצרותה של הפרעה גופנית לפני שהיא מתבטאת במחלה.

3.1.13. **חדרי מלח** - טיפול בחדר מלח שהינו חדר המדמה מערת מלח, היות וכל פינותיו - הקירות, התקרה והרצפה - מצופות בשכבת מלח יבש בעובי וריכוז המשתנים ממקום אחד למשנהו, אך ריכוזו של המלח הוא תמיד גבוה מאוד ותמיד טבעי תוך הזרמת חלקיקי מלח יבש אל תוך החדר. הטמפרטורה בחדר מלח עומדת על כ-22 מעלות והלחות עומדת על כ-41 אחוזים.

3.1.14. **עיסוי רפואי עקב אשפוז לאחר תאונה** - עיסוי אליו הופנה המנוי על ידי רופא שסיבתו הישירה הנה עקב תאונה שבגינה אושפז המנוי ושארעה למנוי במועד שכתב השירות בתוקף, ובתנאי שבוצע לא יאוחר מ-12 חודשים ממועד התאונה, שמטרתו להחזיר לגוף יכולת תפקוד תקינה, הקלה על כאבים, שחרר שרירים מכווצים (תפוסים), ושיפור טווחי התנועה במפרקים.

3.2. **השירותים יינתנו במרפאות נותן השירות שבהסכם בלבד**. במקרה בו לא קיים נותן שירות שבהסכם ברדיוס של עד 30 ק"מ ממקום מגוריו של המנוי יהא זכאי המנוי לקבל שיפוי חלקי כמפורט בסעיף 5.6 להלן.

3.3. על אף האמור לעיל, **השירותים המופעים ברשימה הסגורה שלהלן**, יכול שיינתנו בבית המנוי או במרפאת נותן השירות לפי בחירת המנוי: **אקופונקטורה (דיקור סיני)**, **שיטת טווינה**, **רפלקסולוגיה**, **שיאצו**, **פלדנקרייז**, **אוסטיאופתיה** כמפורט בסעיפים 3.1.1 - עד 3.1.6 לעיל.

3.4. **למען הסר ספק**, השירותים לא יינתנו בבתי מלון.

4. **תנאי מהותי להתחייבויות הספק על פי כתב השירות:**

4.1. **בכל עניין הקשור בקבלת שירותים על פי כתב השירות**, המנוי יפנה למוקד השירות ויפעל בהתאם להוראות המפורטות בכתב השירות להלן. הדבר לא יגרע מאפשרותו של המנוי לפנות למוקד השירות של החברה.

4.2. **קבלת אישור הספק מראש ובכתב לקבלת השירותים או לשיפוי בגינם**, טרם ביצוע השירותים בפועל, הינה תנאי מהותי. במקרה שלא פנה המנוי מראש לקבלת אישור הספק לביצוע השירות מסיבות מוצדקות, ונמצא כי היה זכאי לקבלת השירות על פי ההוראות המפורטות בכתב השירות, יהיה זכאי על פי הזכויות הנקובות בהוראות אלו.

5. **התחייבות הספק:**

5.1. **מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי**, יהיה זכאי לקבל את השירות לאחר תקופת אכשרה בת 90 יום, באמצעות נותן שירות שבהסכם, בכפוף להוראות כתב השירות ועל פי המפורט להלן:

5.2. **המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות**, אם המליץ, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של הפונה בגדר מנוי הזכאי לקבל את השירות המבוקש, בהתאם לכתב השירות.

5.3. **סידרת הטיפולים לה יהא זכאי המנוי**, תכלול עד 12 (שניים עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת, בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או מספר בעיות רפואיות באותה שנה, ובין אם הטיפולים יינתנו ע"י נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירות שפורטו לעיל ובין אם בטיפול משולב של נותני שירות בתחומי שירותים שונים, ובכל מקרה לא יותר מ-12 טיפולים בשנת ביטוח אחת.

- 5.4. אישר מוקד השירות בכתב את זכאות המנוי לשירות המכוסה על פי הוראות כתב השירות, יהיה זכאי המנוי לבחור את קבלתו כדלקמן:
- 5.4.1. פגישת הייעוץ הראשונה, תתואם על ידי מוקד השירות תוך 2 ימי עסקים מקבלת פניית המנוי למוקד. סדרת הטיפולים ומועד המדויק, יתואמו במלואם ע"י המנוי, מול נותן השירות שבהסכם אצלו נערך הייעוץ הראשוני
- 5.4.2. המנוי יחא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות.
- 5.4.3. רשימת נותני השירותים שבהסכם, תשתנה מעת לעת.
- 5.4.4. **השתתפות עצמית:**
- המנוי ישלם בגין קבלת השירות אצל נותן השירות שבהסכם, השתתפות עצמית כמפורט להלן:
- 5.4.4.1. סך של 70 ₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם **בבית המנוי** בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.1 - עד 3.1.6 לעיל.
- 5.4.4.2. סך של 55 ₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע **במרפאת נותן השירות** שבהסכם בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.1 - עד 3.1.14 לעיל.
- סכום ההשתתפות העצמית ישולם על ידי המנוי לנותן השירות שבהסכם או לספק, כפי שיימסר לו על-ידי מוקד השירות אך בשום אופן לא באמצעות החברה.
- על המנוי לשלם את סכום ההשתתפות העצמית לצורך קבלת השירותים בפועל.**
- 5.4.5. השירותים על-פי כתב השירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.
- 5.4.6. במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ-12 שעות טרם מועד הטיפול. **למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם.**
- 5.5. **למען הסר ספק יובהר כי בכל מקרה לא יהיה זכאי המנוי לטיפולים מעבר לתקרת הטיפולים לשנה כנקוב בסעיף 5.3 לעיל בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או מספר בעיות רפואיות באותה שנה, ובין אם הטיפולים יינתנו על ידי נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.**
- 5.6. במקרים בהם אישר מוקד השירות קבלת שירות שלא במסגרת נותן שירות שבהסכם כאמור בסעיף 3.2 לעיל, ישפה הספק את המנוי בסך 50% מעלות הטיפול ששולמה על ידי המנוי בפועל ולא יותר מ-100 ₪ לטיפול. תשלום זה יתבצע כנגד מסירת קבלות על תשלום הטיפול אצל נותן שירות אחר שאינו בהסכם. למען הסר ספק, גם במקרה זה יהיו תקפים כל התנאים המפורטים בכתב השירות לרבות מכסת הטיפולים ורשימת השירותים.

6. אופן קבלת השירותים:

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

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

7. חריגים:

- 7.1. **המנוי לא יהיה זכאי לשירותים ו/או לשיפוי או החזר הוצאות שהוצאו בגינם, כולם או מקצתם, בכל עניין הקשור ו/או הנובע מהמקרים הבאים:**
- 7.1.1. בעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים. (עישון, סמים, אלכוהול)
- 7.1.2. תחומי הרזיה, בעיות השמנת יתר, שינויי משקל, למעט במקרה בו נקבע על ידי רופא בכתב כי קבלת הטיפול בגין נושאים אלו נובעת מצורך רפואי כאמור בסעיף 3.1.8.
- 7.1.3. השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.
- 7.1.4. קבלת שירות אצל נותן שירות שאינו נותן שירות בהסכם למעט כאמור בסעיף 5.6 לעיל.
- 7.1.5. פגיעה בפעילות נותן השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת נותן השירות.

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

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

9. תשלום דמי המנוי:

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

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

10. תוקפו של כתב השירות

- 10.1. כתב השירות ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע.
- 10.2. לעניין תוקפו של כתב השירות יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל את כתב השירות אם יוחלט על ידיה לבטלו או שלא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות במידה שלא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור המפקח על ביטוח. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 60 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.
- 10.3. **ביטול על ידי המנוי:** מובהר כי המנוי זכאי לבטל את הכתב השירות בכל עת. הביטול יהיה בתוקף ממועד קבלת הודעת המנוי בחברה. ככל ששולמו על-ידי המנוי פרמיה בגין כתב השירות בגין התקופה שלאחר הביטול, יוחזר למנוי החלק היחסי של התשלום ששילם בגין התקופה שלאחר ביטול כתב השירות.
- 10.4. **ביטול על ידי החברה:**
- 10.4.1. בנוסף לאמור בתנאים הכלליים של הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה, תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
- 10.4.1.1. במועד ביטול הפוליסה מכל סיבה שהיא.
- 10.4.1.2. בתום תקופת כתב השירות על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.
- 10.4.1.3. עם הפסקת תשלום מלוא או חלק דמי המנוי לחברה במועדם בהתאם לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 10.4.2. ביטלה החברה את כתב השירות בהתאם לסעיף 10.2 לעיל יהיה זכאי מנוי אשר נמצא במהלך סדרת טיפולים או מנוי שפנה למוקד השירות טרם מועד ההודעה על הפסקת השירות אך טרם קיבל את השירות בפועל, לקבל או להשלים את קבלת השירות תוך 90 ממועד ההודעה על הפסקת השירות.
- 10.4.3. להסרת כל ספק יובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, למעט במקרה של ביטול כתב השירות לכלל המנויים על פי סעיף 10.2 לעיל, תסתיים זכאות של המנוי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.

11. תנאי הצמדה

כל הסכומים הנקובים בכתב השירות יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.

פרק ט': פיצוי בגין גילוי מחלה קשה

1. **מקרה הביטוח** - המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח בעת גילוי אחת המחלות בתוך תקופת הביטוח בהתאם ליחידות הביטוח שרכש המבוטח כאמור בפרק זה.

2. להלן פירוט המחלות הקשות המבוטחות:

2.1. קבוצה ראשונה

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

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

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

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי הכבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות והמאופיינות על ידי כל הסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה של נפח הכבד;

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

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

4. צהבת, מעמיקה.

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

1. צהבת.

2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות.

3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית.

4. אנצפלופתיה כבדית.

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

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

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

2.1.5. טרשת נפוצה - (MULTIPLE SCLEROSIS)

דמיאליניזציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תיקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאליניזציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר

מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

2.1.6. עמילואידוזיס ראשונית - (primary amyloidosis)

מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד ai ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.

2.1.7. תרדמת (coma)

מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

2.1.8. ניוון שרירים (MUSCULAR DYSTROPHY)

עדות לפגיעה משולבת בניירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

2.1.9. פגיעה מוחית מתאונה - (BRAIN DAMAGE BY ACCIDENT)

פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות (GLAZGOW COMA SCALE).

2.1.10. דלקת מוח - (encephalitis)

דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:

לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 1-5-2013. הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

2.1.11. דלקת חיידקית של קרום המוח - (BACTERIAL MENINGITIS)

דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיה המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:

לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 1-5-2013.

מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

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

2.1.12 **מחלת ריאות חסימתית כרונית - (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)**

מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע, על ידי שני הקריטריונים הבאים:
1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.
2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

2.1.13 **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני - (primary pulmonary hypertension)**

עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

2.1.14 **פרקינסון - (Parkinson's Disease)**

האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, נידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 1-5-2013.

2.1.15 **מצב רפואי חמור ובלתי הפיך -**

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

2.1.16 **סכרת נעורים (לילד עד גיל 18) - Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)**

פגיעה כרונית במטבוליזם של פחמימות, שומנים וחלבונים כתוצאה מחסר מלא באינסולין, המתפתחת ומתגלה עד גיל 18, ובתנאי שמצריך טיפול קבוע באינסולין עקב חוסר תפקוד מלא של הבלב. האבחנה תתבצע על ידי מומחה לאינדוקרינולוגיה המתמחה בילדים ובתנאי שנמשכת לפחות 6 חודשים.

2.1.17 **תשישות נפש - (Dementia)**

פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

2.2 קבוצה שניה

2.2.1 אוטם חריף בשריר הלב - (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION)

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיות אך ורק על ידי הקרטריונים הבאים:

2.2.1.1 בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר. או בסטייה מהערך התקין על פי אמות מידה רפואיות המקובלות להגדרת אוטם, זאת בהתייחס לערכי המעבדה הבודקת, או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.

2.2.1.2 בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 2.2.1.1 לעיל, האבחנה חייבת להיות אך ורק על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

למען הסר ספק, מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

2.2.2 ניתוח מעקפי לב (CABG)

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

2.2.3 ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב -

(open heart surgery FOR VALVE REPLACEMENT OR REPAIR)

ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

2.2.4 ניתוח אבי העורקים (aorta)

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

2.2.5 קרדיومیופטיה (cardiomyopathy)

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

2.2.6 שבץ מוחי (CVA)

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

2.3 קבוצה שלישית

2.3.1 סרטן (cancer)

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

מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הוודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של carcinoma in situ כולל דיספלזיה של צוואר הרחם C1N3, cin2, cin1 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים.
2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת למ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות);
3. מחלות עור מסוג:

3.1 Basal Cell Carcinoma-I Hyperkeratosis ;

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

4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS;
5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-T2 TNM Classification No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל);
6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ-10,000/ μ l B cell lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;
8. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית ו/או צריבה מקומית ו/או מעבר לטיפולי שטיפה מקומית;
9. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
10. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל-LY-CELL T.

2.3.2 אנמיה אפלסטית חמורה - (SEVERE APLASTIC ANEMIA)

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

1. עירוני מוצרי דם.
2. מתן חומרים/תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם.
3. מתן חומרים/תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים).
4. השתלת מוח עצם.

2.3.3 גידול שפיר של המוח/יותרת המוח /קרומי המוח - (BENIGN BRAIN TUMOR)

תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת mri או ct.

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

2.4 קבוצה רביעית

2.4.1 שיתוק (פרפלגיה קוודריפלגיה) - (paralysis)

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

- 2.4.2 **פוליו (שיתוק ילדים) - (poliomyelitis)**
שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 2.4.3 **איבוד גפיים (loss of limbs)**
איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.
- 2.4.4 **עיוורון (blindness)**
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראייה בשתי העיניים (קרי: בדיקת חדות ראייה מירבית בשתי העיניים של 60/3 או פחות מזה), כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.
- 2.4.5 **כוויות קשות (severe burns)**
כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 2.4.6 **אובדן דיבור - (LOSS OF SPEECH)**
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- 2.4.7 **חירשות (deafness)**
אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה שתוצאתה ירידה של מעל 90 DB בכל התדרים.

3. תשלום סכום הביטוח

- 3.1 החברה תשלם למבוטח, את סכום הביטוח על פי סעיפים 3.2 ו-3.3 כלהלן, בקרות לו אחד המקרים המופיעים בסעיף "מקרה הביטוח" לעיל.
- 3.2 מקרה ביטוח ראשון - 100% מסכום הביטוח.
- 3.3 סעיף זה יחול אך ורק על מבוטחים אשר מקרה הביטוח שלהם התגלה לאחר גיל 20 שנה: מקרה ביטוח שני ובתנאי כי הינו מקבוצה אחרת - 50% מסכום הביטוח. לקבלת תשלום בגין מקרה ביטוח שני תהא תקופת אכשרה בת 365 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון. אופציונאלי 100%- מסכום הביטוח
- 3.4 עם התשלום הנוסף, למקרה ביטוח שני, תסתיים אחריות המבטח לתשלומי גמלת ביטוח.
- 3.5 עם התשלום למקרה ביטוח ראשון למבוטחים שגילם עד 20 שנה, תסתיים אחריות המבטח לתשלומי גמלת ביטוח.
- 3.6 עבור מבוטח שהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור מקרה ביטוח ראשון בפוליסה הקודמת, הזכאות תהיה למקרה ביטוח שני בלבד.

4. הגבלת אחריות המבטח

- בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם, אשר יחולו במלואם על פרק זה, לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח למבוטח במקרים הבאים:
- 4.1 אם קיום מקרה הביטוח התגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

5. ביטול הכיסוי על פי פרק זה:

- פרק זה יבוטל בכל אחד מהמקרים הבאים, המוקדם ביניהם:
- 5.1 מות המבוטח.
- 5.2 תום תקופת הביטוח כהגדרתה עפ"י הסכם זה.

5.3. בהגיע המבוטח לתאריך בו מלאו לו 75 שנה.

5.4. על פי בקשת המבוטח בכתב למבטח.

5.4.1. עם תשלום תגמולי הביטוח במקרה ביטוח שני.

6. תקופת אכשרה

6.1. במקרה ביטוח ראשון היא בת 30 יום מיום תחילת הביטוח.

6.2. במקרה ביטוח שני תקופת אכשרה בת 365 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון.

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

ולראיה באו הצדדים על החתום:

בעל הפוליסה:

המבטח:

נספח לפוליסה

כתב התחייבות של בעל הפוליסה

בהתאם לתקנה 3(א) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט - 2009

שם בעל הפוליסה:

ח.פ:

כתובת:

אני הח"מ, נציג בעל הפוליסה, מורשה לחתום בשמו, מצהיר ומתחייב בזאת כי בעל הפוליסה פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

בעל הפוליסה:

.....
.....
.....

פרטי התקשרות

מבטח סימון סוכנות לביטוח

1-800-650-660 📞

ants@mvs.co.il 📧

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞

052-7544589 📞

ניתן להגיע אלינו גם באמצעות הלינק:

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

אבא הלל 3, בית הראל, 📍

ת"ד 10951, רמת גן 5200901

