



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי קבוצת הראל



ביטוח ופיננסים

בשביל השקט הנפשי שלך |

תוכן עניינים

3	..... ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על-פי תקנות "גילוי נאות")
8	..... פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על-פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח
13	..... פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי קבוצת הראל
24	..... פרק א': ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
27	..... פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות
32	..... פרק ג': ביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים - כיסוי מהשקל הראשון
34	..... פרק ד': כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח
36	..... פרק ה': ביטוח לניתוחים פרטיים בחו"ל
39	..... פרק ו': שירותים רפואיים אמבולטוריים
43	..... פרק ז': שירותים רפואיים ייחודיים
52	..... נספח א' לפרק ז': שירותים רפואיים ייחודיים - מורחב
53	..... פרק ח': כתב שירות - "רופא מלווה אישי"
64	..... פרק ט': כתב שירות - מרכז פרטי לאבחון רפואי מהיר
70	..... פרק י': כתב שירות - לחיות בריא - שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים
74	..... פרק י"א - כתב שירות - "רפואה אישית און ליין"
81	..... פרק י"ב: שיפוי בגין גילוי מחלה קשה
87	..... טלפונים שימושיים

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על-פי תקנות "גילוי נאות")

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי קבוצת הראל.
	שם בעל הפוליסה	הראל חברה לביטוח בע"מ, עבודה ועבור החברות הבנות (הראל חברה לביטוח בע"מ, תשתיות ישראל ניהול 1 בע"מ, וריס סוכנויות לבטוח בע"מ, הראל גמל והשתלמות בע"מ, אי. א.מ. אי. - עזר חברה לביטוח, משכנתאות בע"מ, חניון הראל בע"מ, תכנון מתקדם - סוכנות לביטוח פנסיוני (2013) בע"מ, סטנדרד בטוחים בע"מ, ידידים הסדרים פנסיוניים, סוכנות לביטוח בע"מ, הראל- פיא קרנות נאמנות בע"מ, הראל פיננסים ניהול השקעות בע"מ, הראל פיננסים שירותי תפעול בע"מ, הראל מוצרים פיננסים בע"מ).
	הכיסויים בפוליסה	ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ביטוח לתרופות מיוחדות, ביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים- כיסוי מהשקל הראשון, כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח, ביטוח לניתוחים פרטיים בחו"ל, שירותים רפואיים אמבולטוריים, שירותים רפואיים ייחודיים- מורחב, כתב שירות - "רופא מלווה אישי", כתב שירות - "מרכז פרטי לאבחון רפואי מהיר", כתב שירות "לחיות בריא", כתב שירות - "רפואה אישית און ליין", שיפוי בגין גילוי מחלה קשה.
	משך תקופת הביטוח	10 שנים, החל מיום 01/10/2014 ועד 30/09/2024.
	המשכיות	<p>למבוטח המבוטח במסגרת פוליסה זו יתאפשר לעבור לפוליסת פרט לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ פוליסת המשך תהיה בהיקף כיסויים דומים לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו- המקובלות אצל המבוטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין, לרבות הוראות המפקח על הביטוח. ■ דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבוטח בפוליסה דומה ועל-פי גיל המבוטח באותו מועד. על התעריפים תינתן הנחה של 20% לכל החיים החל ממועד תחילת הביטוח בפוליסת המשך. ■ במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה. <p>האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור לעיל, תינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

תנאים	סעיף	נושא
<ul style="list-style-type: none"> ■ הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם; ■ פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית; ■ גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית. <p>במקרים המפורטים לעיל, תפנה החברה בכתב לכל מבטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין ובכפוף להוראות הדין והוראות המפקח על הביטוח.</p> <p>על אף האמור לעיל, לגבי מבטח, אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה - פנייתו של המבטח למבוטח כאמור באותו סעיף קטן תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח; בפנייה כאמור יציע המבטח למבוטח לעבור לפוליסת המשך, בתוך 60 ימים ממועד הודעת המבטח. הצעה כאמור תינתן רק אם אותו מבטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה הקבוצתית, ואינו זכאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה הקבוצתית.</p> <p>ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.</p>	המשכיות	כללי
<p>תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים. במידה ולא הגיעו הצדדים להסכמה, ההסכם יבוטל לאחר הודעה של 90 ימים לפחות.</p>	תנאים לחידוש אוטומטי	
<p>90 יום, למעט בכיסוי מורחב לניתוחים, במקרה של גרידה המתבצעת מצורך רפואי או ניתוח קיסרי, תהא תקופת אכשרה של 365 יום.</p> <p>בשירותים אמבולטוריים, במקרה של טיפולים המבוצעים ע"י רופא שיניים, תהא תקופת האכשרה בת 270 יום ובמקרה של בדיקות הריון על-פי סעיף 3.7, תהא תקופת האכשרה בת 365 יום.</p>	תקופת אכשרה	
<p>בכיסוי מורחב לניתוחים סעיף אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח, תהיה תקופת המתנה של 90 יום.</p>	תקופת המתנה	

נושא	סעיף	תנאים
כללי	השתתפות עצמית	<p>בפרק ב' (ביטוח לתרופות מיוחדות) - השתתפות עצמית למרשם של 283 ₪ לחודש. בגין תרופות OFF LABEL לכל מחלה או לתרופות יתום, השתתפות עצמית של 904 ₪.</p> <p>בגין תרופות שעלותן החדושתית, על-פי מחירן המרבי המאושר, עולה על 10,000 ₪, לא תשולם השתתפות עצמית.</p> <p>בפרק ה' (ניתוחים פרטיים בחו"ל) - השתתפות עצמית של 20% בגין הוצאות שיקום במקרה של ניתוח שתקופת האשפוז הינו מעל 10 ימים.</p> <p>בפרק ו' (שירותים אמבולטוריים) - השתתפות עצמית של 20%, למעט בגין מנוי למשדר קרדיולוגי - השתתפות עצמית של 50%.</p> <p>בפרק ט' (שירותים רפואיים ייחודיים) - השתתפות עצמית של 25 ₪ לביקור רופא לילי, השתתפות עצמית של 80 ₪ לפגישה ראשונה לייעוץ פסיכולוגי ו-100 ₪ ל-11 הפגישות הנוספות.</p> <p>בפרק י' (רופא מלווה אישי) - השתתפות עצמית של 380 ₪.</p> <p>בפרק י"א (מרכז פרטי לאבחון רפואי מהיר) - השתתפות עצמית כמפורט בפרק לכל שירות.</p> <p>בפרק י"ב (כתב שירות "לחיות בריא") - השתתפות עצמית כמפורט בפרק לכל שירות.</p>
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה מהלך תקופת הביטוח	ללא שינוי.
פרמיות	גובה הפרמיה	<p>עבור עובד/ת - 96.62 ₪ (במימון המעסיק, למעט גילום שווי מס). עבור בן/בת זוג / ילד מעל גיל 25 שנה - 96.62 ₪.</p> <p>עבור ילד/ה עד גיל 25 שנה - 15.26 ₪ (ילד שלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה).</p> <p>גמלאי / בן/ת זוג של גמלאי - 223.76 ₪.</p> <p>הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד שפורסם ב-15.8.2014, 12390 נקודות.</p>
	מבנה הפרמיה	פרמיה משתנה, כמפורט בסעיף גובה הפרמיות המצוין לעיל.
	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	התאמת פרמיה מדי 18 חודשים, תהא רשאית החברה להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם על-פי ניסיון התביעות.
תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	<p>חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על-פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח לחברה או למבוטח, 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.</p>

תנאים	סעיף	נושא
<p>1. אם המוטב/ים ו/או בעל הפוליסה ו/או המבוטח אינו/ם משלם/ים או לא שילמו את הפרמיה כסדרה (על-פי חוק הביטוח). הביטול יתבצע לאחר מתן התראות לבעל הפוליסה ו/או המבוטח כמתחייב עפ"י חוק חוזה ביטוח.</p> <p>2. אם העלים המוטב ו/או בעל הפוליסה מהחברה עובדה מהותית, שידיעתה הייתה גורמת לחברה שלא לקבלו לביטוח (על-פי חוק חוזה הביטוח 1981).</p>	<p>תנאי ביטול הפוליסה ע"י החברה</p>	<p>תנאי ביטול</p>
<p>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; לענין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.</p> <p>חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:</p> <p>פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת תקופת הביטוח.</p> <p>65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת תקופת הביטוח.</p> <p>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.</p> <p>על אף האמור לעיל, סייג לחבות המבוטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.</p>	<p>החרגה בגין מצב רפואי קיים</p>	<p>חריגים</p>
<p>פוליסת הביטוח - סעיף 8.</p> <p>תרופות מיוחדות - סעיף 5.</p> <p>כיסוי מורחב לניתוחים - סעיף 5.</p> <p>טיפולים מחליפי ניתוח - סעיף 3.</p> <p>ניתוחים בחו"ל - סעיף 6.</p> <p>שירותים אמבולטוריים - סעיף 4.</p> <p>שירותים רפואיים ייחודיים - סעיף 5.3.</p> <p>רופא מלווה אישי - סעיף 2.25.</p> <p>אבחון רפואי מהיר - סעיף 3.</p> <p>כתב שירות - "רפואה אישית און ליין" - סעיף 5.</p>	<p>סייגים לחבות המבטחת</p>	

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

תגמולי ביטוח מירביים שאינם בערך נקוב בגין תגמולי ביטוח שאינם בערך נקוב, ניתן להתעדכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il. הכיסוי יינתן בהתאם לרשימת הניתוחים ובניכוי ההשתתפות העצמית כפי שנקובה בפוליסת הביטוח שברשותך במידה וקיימת. התנאים המחייבים הם התנאים הנקובים בפוליסת הביטוח שברשותך. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות יקבעו התנאים הנקובים בפוליסה. הסכומים הנקובים משקפים את מחירי ההסכם של הראל והם עשויים להשתנות אחת לשנה.

פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על-פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
השתלות בארץ ובחו"ל טיפולים מיוחדים בחו"ל					
תקרת תגמולי הביטוח להשתלות	אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרה בגובה 4,000,000 ₪ (מלבד במקרה של השתלה מאיבר שנקלח מבעל חיים, שחלה, מעי, מח עצמות מתורם אחר ומח עצמות עצמית). להשתלת איבר אשר נלקח מבעל חיים - עד 2,400,000 ₪. להשתלת שחלה או מעי - עד 1,600,000 ₪. להשתלת מח עצמות שמקורם במבוטח עצמו - עד 125,000 ₪. להשתלת מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח - עד 125,000 ₪.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן
					לא
גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה	4,000 ₪ וזאת לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-6 חודשים. מבוטח, כאמור, אשר שווה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מסך של עד 4,000 ₪.	פיצוי	כן	ביטוח חליפי	לא
					לא
תקרת תגמולי הביטוח לטיפולים מיוחדים בחו"ל	אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרה בגובה 52,500 ₪.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסיים בתוכנית	תיאור הכיסי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
תרופות מיוחדות					
תרופות הנכללות בכיסי	תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל למבוטח בגין התוויה, ואושרו לשימוש הנדרש בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח עפ"י תנאי הפוליסה או תרופת יתום כהגדרתה בפוליסה.			ביטוח מוסף	
תקרת הכיסי סכום ביטוח מירבי לכל תקופת הביטוח	עד 2,260,000 ₪, אחת ל-3 שנים, יתחדש חצי מסכום הביטוח המירבי (1,130,000 ₪).	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
השתתפות עצמית למרשם	283 ₪ למרשם לחדש. לתרופות OFF LABEL לכל מחלה ולתרופות יתום, השתתפות עצמית של 904 ₪ למרשם לחדש. בגין תרופות שעלותן החודשית, על-פי מחירן המרבי המאושר, עולה על 10,000 ₪, לא תשולם השתתפות עצמית.			ביטוח מוסף	
ניתוחים					
ניתוחים מכוסים	כל הניתוחים המבוצעים באופן פרטי.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
כיסוי לניתוחים פרטיים בארץ	בארץ - כמפורט לעיל.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם החברה	קיים (עד לתקרת הסכום הקבוע והמפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו: www.harel-group.co.il , עבור הניתוח שבוצע).	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
טיפולים מחליפי ניתוח					
טכנולוגיה מחליפת ניתוח בארץ ובחו"ל	כיסוי לטיפול מחליף ניתוח, אשר נועד למנוע את הניתוח אותו הוא מחליף והשיג מטרה דומה למטרת הניתוח אותו הוא מחליף.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
ניתוחים בחו"ל					
תגמולי הביטוח	כיסוי מלא לניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש ע"י החברה ושהתיאום מעשה על ידי החברה עם ספקי הסכם. במקרה של ביצוע ניתוח מבלי שהתיאום נעשה ע"י החברה, ישולם החזר בגובה עלות הניתוח בחו"ל אצל בספקי הסכם במדינה בה בוצע הניתוח. הכיסוי כולל בין היתר הטסה רפואית, הטסת גופה, הבאת מומחה, הכוונה ומתן מידה, מתן ייעוץ ועזרה בסידורי, השהייה למלווה, ביטוח נסיעות לחו"ל למלווה, העברות מבוטח ומלווה, כיסוי להוצאות טיסה. למקרה של ניתוח שהאשפוז שבגיננו מעל 10 ימים, יכוסו גם: הוצאות שהייה, אחות פרטית, הוצאות החלמה, הוצאות שיקום, המשך מעקב רפואי בחו"ל.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'	
	פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
שירותים רפואיים אמבולטוריים						
כן	עד תקרה כוללת של 13,706 ₪ לשנת ביטוח	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	חוות דעת רפואית בישראל, חוות דעת שניה בחו"ל, בדיקות רפואיות אבחנתיות, טיפולים פיזיותרפיים ו/או הידרותרפיים, טיפולים רדיותרפיים וכימותרפיים, טיפולי הפריה, בדיקות הריון, בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים, טיפולי שיניים, מגוי לשירותי משדר קרדילוגי, ייעוץ רפואי מיוחד. שולחת תוספת	

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
שיפוי בגין גילוי מחלה קשה (פרק זה אינו חל על גמלאים ובני זוגם המבוטחים במסגרת הפוליסה הקבוצתית פרק זה אינו חל על מבוטחים מעל גיל 67)					
תקרת תגמולי הביטוח	החזר הוצאות עד 20,000 ש.אם המבטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, במקרה של מקרה ביטוח נוסף, יהיה המבטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב לעיל, בכל תקופת הביטוח.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן

נכון למדד 12390 נקודות

ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שרותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).

ביטוח משלים - ביטוח פרטי אשר על-פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן.

ביטוח מוסף - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים בהסכם החתום בין הצדדים.

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי קבוצת הראל

1. הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:

- 1.1. **החברה או המבטח** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. **הפוליסה** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3. **בעל הפוליסה** - הראל חברה לביטוח בע"מ, עבורה ועבור החברות הבנות המפורטות להלן:

שם החברה	ח.פ.
הראל חברה לביטוח בע"מ	520004078
תשתיות ישראל ניהול 1 בע"מ	513863589
וריסט סוכנויות לבטוח בע"מ	510558695
הראל גמל והשתלמות בע"מ	512205204
אי. אמ. אי. - עזר חברה לביטוח משכנתאות בע"מ	512310509
חניון הראל בע"מ	512676982
תכנון מתקדם - סוכנות לביטוח פנסיוני (2013) בע"מ	514954940
סטנדרד בטוחים בע"מ	510002983
ידידים הסדרים פנסיוניים סוכנות לביטוח בע"מ	513668533
הראל- פיא קרנות נאמנות בע"מ	511776783
הראל פיננסים ניהול השקעות בע"מ	513992131
הראל פיננסים שירותי תפעול בע"מ	513992123
הראל מוצרים פיננסים בע"מ	513930768

- 1.4. **המבטח** - עובד פעיל 6 חודשים לפחות אצל בעל הפוליסה ו/או בן/בת זוגו (אשר מנהלים בפועל משק בית משותף) ו/או ילדיהם ששמן נקוב בקובץ הנתונים שיועבר מדי חודש לחברה על ידי המבטח.
- 1.5. **תאריך תחילת הביטוח** - 01/10/2014.
- 1.6. **תאריך הצטרפות** - התאריך בו הצטרף המבטח לביטוח זה.
- 1.7. **דמי הביטוח** - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבטח לשלם לחברה, על-פי תנאי הפוליסה.
- 1.8. **מקרה הביטוח** - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבטח זכות לתגמולי ביטוח על-פי הפוליסה.
- 1.9. **תקופת אכשרה** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.

- 1.10. **תקופת המתנה** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת ההמתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.
- 1.11. **מדד** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדף פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שייחוד לשירותי בריאות.
- 1.12. **שנת ביטוח** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח / מועד ההצטרפות של המבוטח לפוליסה.
- 1.13. **דף פרטי הביטוח** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.14. **תקנות ביטוח בריאות קבוצתי** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.15. **סכום ביטוח** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- 1.16. **חוק הביטוח** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981.
- 1.17. **חוק הבריאות** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994.
- 1.18. **קופת חולים** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.19. **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.
- 1.20. **ישראל** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.21. **חו"ל** - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.22. **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.
- 1.23. **בית חולים פרטי** - בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
- 1.24. **בית חולים שבהסכם** - בית חולים פרטי כמוגדר לעיל, הנמצא בהסכם עם החברה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.25. **ניתוח** - על-פי הגדרת חוזר הפיקוח: פעולה פולשנית- חדירתית (Invasive Procedure) החוזרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות- חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.26. **ניתוח אלקטיבי** - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית חולים).
- 1.27. **מנתח שבהסכם** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח הנמצא בהסכם עם החברה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.28. **מנתח אחר** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.

- 1.29. **אח/אחות** - אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות.
- 1.30. **רופא מומחה** - רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.31. **נותן שירות שבהסכם** - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או נתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התיביעה.
- 1.32. **השתתפות עצמית** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.33. **תותבת/שתל** - על-פי הגדרת חוזר הפיקוח- כל איבר, 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.
- 1.34. **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.
- 1.35. **יום אשפוז** - שהות של 24 שעות בבית חולים.
- 1.36. **צירוף אוטומטי** - צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים עפ"י הטבלה המפורטת בסעיף 2.3 להלן ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח קודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.37. **צירוף בהסכמה** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.38. **בית חולים ציבורי** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.39. **רופא מרדים** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.40. **רופא** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.41. **רצף ביטוחי** - הצטרפות מביטוח קודם אחר (כהגדרתו לעיל) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות ו/או ללא תקופת אכשרה, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח את מועד הצטרפותו לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על-פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים בלבד. יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודמת.
- 1.42. **פוליסה קודמת** - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על-פי פוליסה זו.

2. **תוקף הפוליסה, אופן ההצטרפות ומבנה הביטוח:**

2.1 **תוקף הפוליסה**

- פוליסה זו תיכנס לתוקפה החל מיום תאריך תחילת הביטוח ובכפוף לתנאים הבאים:
- 2.1.1. הועבר לחברה קובץ נתוני המבוטחים הכולל פרטים אישיים (שמות המבוטחים, מספרי זהות, תאריכי לידה, כתובת וטלפון).

2.1.2 בעל הפוליסה מסר לחברה מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה, לרבות קובץ נתוני המבוטחים המפורט בסעיף 2.2.

2.1.3 הפוליסה תיכנס לתוקפה באם מס' המבוטחים בקבוצה עולה על 50 מבוטחים מיום תחילת הסכם הביטוח.

2.2 אופן ההצטרפות:

2.2.1 מבוטחים קיימים בפוליסה זו ביום 30.9.2014 ימשיכו להיות מבוטחים בפוליסה זו ויצורפו באופן אוטומטי.

2.2.2 עובד חדש שגילו אינו עולה על 67 ובני משפחתו, יצורפו לביטוח בכפוף למפורט להלן: סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט.

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

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

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא תצרך החברה לאותו ביטוח, אלא על-פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

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

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

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

2.2.3 עובד חדש אצל בעל הפוליסה בעל ותק של 6 חודשים יצורף לביטוח לאחר שאישר את נכיו עלות שווי המס משכרו עם תחילת עבודתו בחברה החל מהחודש השביעי לעבודתו.

2.2.4 בני משפחה (בן/בת הזוג והילדים עד גיל 25) של עובד חדש בעל ותק של 6 חודשים בחברה יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי סופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח.

2.2.5 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. לא שלחה החברה תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח

כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל-פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה. ילד/ה מעל גיל 25 יוכל להצטרף לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח.

2.2.6. בנוסף לאמור בסעיף 2.2.4, תתאפשר הצטרפות של בני משפחה (בן/בת זוג וילדים) של ילד מעל גיל 25 (להלן: "הילד הבוגר"), וזאת לאחר מילוי טופס בקשה הכולל הצהרת בריאות. במקרה זה, על הילד הבוגר לבקש להיגרע מהפוליסה הקבוצתית ולבקש להפסיק את תשלום הפרמיה עבורו משכר העובד/ת. בגינו ובגין בני משפחתו תוקם פוליסה אישית בתנאי ההסכם הקבוצתי, והתשלום בגינה יהיה באמצעי גביה אישי.

2.2.7. בהגיע ילד לגיל 25, ימשיך להיות מבוטח במסגרת הביטוח הקבוצתי ובפרמיית עבור בן/ת זוג וילד בוגר.

2.2.8. **צירוף בני משפחה נוספים**

עובדים המבקשים לצרף לביטוח הקבוצתי בן/בת זוג שהינו/ה ידוע/ה בציבור או בן/בת זוג מאותו מין, יוכלו לעשות זאת, במסגרת פוליסה אישית בתנאי ההסכם הקבוצתי ובתשלום באמצעי גבייה אישי של העובד (הוראת קבע או כרטיס אשראי) ובכפוף לתנאי ההצטרפות של בני משפחה, כמפורט בסעיף 2.2.

2.2.9. **לפוליסה יתאפשר צירוף של בן משפחה מורחבת כהגדרתו להלן:**

"בן משפחה מורחבת" - חתנים, כלות, נכדים/ות של העובד לרבות ידוע/ה בציבור. הצטרפות בן משפחה מורחבת תתאפשר מרצונו ומיוזמתו, לאחר מילוי טופס בקשה הכולל הצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתו לביטוח.

2.2.9.1. דמי הביטוח לחתן/כלה יהיו דמי הביטוח הקבועים בפוליסה לבן/בת זוג.

2.2.9.2. דמי הביטוח לנכד/ה יהיו דמי הביטוח הקבועים בפוליסה לילד עד גיל 25.

2.2.9.3. בניגוד לתשלום עבור ילדים (מהילד השלישי חיים), התשלום בגין הנכדים/ות יהיה עבור כל נכד/ה ללא יוצא/ת מהכלל.

2.2.9.4. התשלום בגין הצטרפותו של בן משפחה מורחבת ייגבה באמצעי גבייה אישי.

2.2.10. **מעבר מבוטחים מהביטוח הקודם:**

2.2.10.1. מבוטח שהיה מבוטח במסגרת "פוליסה קודמת" יעבור ברצף ביטוחי לגבי כל הכיסויים הקיימים בהסכם הקודם ובאופן אובליגטורי וללא צורך במילוי הצהרת בריאות לגבי כל הכיסויים החופפים.

2.2.10.2. עובדים אשר בעת הצטרפותם לביטוח קודם נקבעה להם החרגה כלשהי, תבוטל החרגה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח.

2.2.10.3. בני משפחה אשר בעת הצטרפותם לפוליסה קודמת נקבעה להם החרגה כלשהי, החרגה זו תיוותר בתנאים זהים בתקופת הביטוח על-פי הסכם זה.

2.2.10.4. בני משפחה שלא הצטרפו לפוליסה קודמת, יוכלו להצטרף לביטוח על-פי הסכם זה בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

2.3. מבנה הביטוח:

אופן הצטרפות עובדים ובני משפחה קיימים	צירוף אוטומטי
אופן הצטרפות עובדים חדשים	צירוף בהסכמה
אופן הצטרפות בני/בנות זוג וילדים של עובדים חדשים	צירוף בהסכמה
אופן הצטרפות ילדים בוגרים	צירוף בהסכמה

3. תקופת הביטוח:

- 3.1. תקופת הביטוח תהיה 120 חודשים מתאריך תחילת הביטוח ביום 01/10/2014 ועד 30/09/2024.
- 3.2. תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים. במידה ולא הגיעו הצדדים להסכמה, ההסכם יבוטל לאחר הודעה של 90 ימים לפחות.
- 3.3. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 3.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על-פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה - **סעיף 9 ב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט.**

4. תום תקופת הביטוח וברות ביטוח:

4.1. הפסקת תקופת הביטוח:

- הפסקת ביטוח תכנס לתוקפה במועד תום תקופת הביטוח או בסוף החודש בו הגיעה תקופת הביטוח לסיימה, לפי המוקדם מבניהם במקרים המנויים בסעיף 4.2.2.
- 4.2. סעיף המשכיות בפוליסה פרט או במסגרת הפוליסה הקבוצתית עד תום תקופת הביטוח.
 - 4.2.1. למבוטח המבוטח במסגרת פוליסה זו יתאפשר לעבור לפוליסת פרט לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:
 - 4.2.1.1. פוליסת המשך תהיה בהיקף כיסויים דומים לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, - המקובלות אצל המבטח במועד החתימה על טופס הצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות המפקח על הביטוח.
 - 4.2.1.2. דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח בפוליסה דומה ועל-פי גיל המבוטח באותו מועד. על התעריפים תינתן הנחה של 20% לכל החיים החל ממועד תחילת הביטוח בפוליסת המשך.
 - 4.2.1.3. במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
 - 4.2.2. האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 4.2.1, תינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:
 - 4.2.2.1. סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;
 - 4.2.2.2. הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם;
 - 4.2.2.3. פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;
 - 4.2.2.4. גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

4.2.3. במקרים המפורטים בסעיף קטן 4.2.2.1 - 4.2.2.4, תפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין ובכפוף להוראות הדין והוראות המפקח על הביטוח.

4.3. על אף האמור בסעיף קטן 4.2.2, לגבי מבוטח, אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה - פנייתו של המבטח למבוטח כאמור באותו סעיף קטן תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח; בפנייה כאמור יציע המבטח למבוטח לעבור לפוליסת המשך, בתוך 60 ימים ממועד הודעת המבטח. הצעה כאמור תינתן רק אם אותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה הקבוצתית, ואינו זכאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה הקבוצתית.

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

4.5. פורשים לגמלאות

עובדי הקבוצה המבוטחים בביטוח הקבוצתי ופורשים לגמלאות, יוכלו הם ובני/בנות הזוג להמשיך להיות מבוטחים בתנאי ההסכם הקבוצתי, במסגרת פוליסה אישית ובתנאי שיבקשו להמשיך את הביטוח בתוך 90 יום מיום סיום עבודתם בחברה. דמי הביטוח עבור תכנית הביטוח ישולמו באמצעות אמצעי גבי אישי (הוראת קבע / כרטיס אשראי). דמי הביטוח יהיו כמפורט בסעיף 5 להלן.

5. דמי הביטוח:

5.1. דמי הביטוח החדשיים בש"ח יהיו כדלקמן:

אופן התשלום	פרמיה חודשית	
מרוכז ע"י מעסיק.	96.62 ₪	עובד
מרוכז ע"י מעסיק / אמצעי גבייה אישי.	96.62 ₪	בן/בת זוג / ילד מעל גיל 25 שנה
מרוכז ע"י מעסיק.	15.26 ₪	ילד* עד גיל 25 שנה
אמצעי גבייה אישי.	223.76 ₪	גמלאי / בן/בת זוג של גמלאי

*ילד עד גיל 25

מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.

5.2. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש.

5.3. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד 12,390 נקודות שפורסם ב-15.8.2014.

5.4. 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.

5.5. התאמת פרמיה

מדי 18 חודשים, תהא רשאית החברה להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם על-פי ניסיון התביעות.

6. תגמולי ביטוח:

- 6.1. החברה תהא רשאית על-פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שזכאותו על-פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 6.2. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.
- 6.3. נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על-פי התחייבות האמורה תשלם החברה את היתרה לעיזבונו ו/או ליורשיו של המבוטח על-פי צו קיום צוואה ו/או על-פי צו ירושה.
- 6.4. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 6.5. הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על-פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי שהיה מגיע למבוטח על-פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. בכל מקרה של פשרה, ויתור או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של החברה כאמור.
- 6.6. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב - סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט.
- 6.6.1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.
- 6.6.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבוטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

7. תביעות:

- 7.1. תשלום תגמולי ביטוח אם התקיימו התנאים הבאים:
- א. 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.
- ב. המבוטח חתם על כתב ויתור סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הפרטים והמסמכים המקוריים הרפואיים הסבירים והאחרים הדרושים לחברה לביורר תביעתו.

- ג. המבוטח המציא לחברה קבלות מקוריות המאשרות ביצוע תשלום בפועל על ידו. בהיעדר חשבונית מקורית - על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצרוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצרוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.
- החברה תהא זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמה כפי שתמצא לנכון.
- ד. החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מבוצעים בפועל על ידי החברה, ולנזקים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירותו של המבוטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבוטח על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה.

8. חריגים כלליים

- החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 8.1 מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח.
 - 8.2 מקרה הביטוח אירע בתקופת האכשרה.
 - 8.3 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.
- 8.3.1 חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
- א. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת תקופת הביטוח.
 - ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת תקופת הביטוח.
- 8.3.2 סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- 8.3.3 על אף האמור בסעיף 8.3.1 לעיל, סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 8.4 פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 8.3.1 לעיל, ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייוספו הפרשי הצמדה. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 8.5 אי שפיות, התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.

- 8.6. גלישה אווירית, רחיפה, צניחה, סקי, צלילה, טיסה בכלי טייס כלשהו למעט טיסה בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים.
- 8.7. תוצאה ישירה או עקיפה של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כולל מוטציות ו/או וריאציות ו/או תסמונת דומה אחרת.
- 8.8. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע.
- 8.9. הריון, סיבוכי הריון ו/או לידה, פריון ו/או עקרות.
- 8.10. מום או מחלה מולדים לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח.
- חריג זה יראו אותו כ"סייג בשל מצב רפואי קודם" והוראות סעיף 7.4 לעיל יחולו לגביו במלואן.
- 8.11. מקרה ביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או צבאית.
- 8.12. הפרעות נפש ו/או מחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
- 8.13. בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 8.14. טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות.
9. מתן מסמכים והודעות למבוטח - סעיפים 6, 7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט.
- 9.1. החברה תמסור 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; "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין החברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 9.2. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין החברה ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 9.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבוטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבוטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבוטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 9.4. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; לעניין זה -
- 9.5. "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה לחברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

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

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

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על-פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח לחברה או למבוטח, 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.

11. הצמדה

- 11.1. סכומי הביטוח הקובעים, דמי הביטוח וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על-פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכל לפי העניין, הינם צמודים למדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל.
- 11.2. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל על ידי החברה לגבי סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח, או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין מדד הבסיס/ המדד הידוע בראשון לחודש תחילת ההסכם.

12. חוק הביטוח וחוק הבריאות

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

13. התיישנות בתביעת נכות

במידה ופוליסה זו כוללת כיסוי לנכות ממחלה או תאונה ואם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת התיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

14. הצהרת בעל הפוליסה - סעיף 3 א' 1 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט

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

15. הודעות

על בעל הפוליסה/המבוטח להודיע לחברה על כל שינוי כתובת במכתב רשום. הודעה שתשלח על ידי החברה לכתובת האחרונה הידועה לו של בעל הפוליסה/המבוטח תיחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

16. שינויים

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

פרק א': ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה בישראל או בחו"ל, או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל.

1.1. **השתלה:** כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב כליה, לבלב, מעי, שחלה וכל שילוב שביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר ו/או בעל חיים (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל, בארה"ב או באיחוד האירופי) (ניתן להסיר) במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח.

הגדרת השתלה תכלול גם השתלת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי במקורם במבוטח עצמו, שבוצעה בישראל בלבד.

השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב 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:

- הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.
- זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן המתנה סביר.
- סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית מביצוע הטיפול המיוחד בארץ.

2. סכום הביטוח:

סכום הביטוח המרבי לכל תקופת הביטוח למבוטח:

1.2.1. להשתלה:

- 2.1.1. אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא.
- 2.1.2. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 4,000,000 ₪ (מלבד במקרה של השתלה מאיבר שנקלח מבעל חיים, שחלה, מעי, מח עצמות מתורם אחר ומח עצמות עצמית).
- להשתלת איבר אשר נלקח מבעל חיים תהיה תקרת החזר - 2,400,000 ₪..
- להשתלת שחלה או מעי תהיה תקרת החזר - 1,600,000 ₪.
- להשתלת מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח תהיה תקרת החזר - 125,000 ₪.
- להשתלת מח עצמות שמקורם במבוטח עצמו (כהגדרתה בסעיף 1.1) תהיה תקרת החזר - 125,000 ₪.

1.2.2. טיפול מיוחד בחו"ל:

- 2.2.1. אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא.
- 2.2.2. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 52,500 ₪.

3. **נותן שירות שבהסכם** - החברה תשלם את מלא השיפוי, ישירות לנותן השירות שבהסכם לגבי מקרה הביטוח שאירע.
4. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הרפואיות הממשיות המפורטות להלן ששילם בפועל לנותן השירות הרפואי. התשלום יבוצע כנגד קבלות מקוריות המפורטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במבוטח, הסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח מקוריים הכוללים פירוט כל הפעולות, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי כמפורט בסעיף 2 לעיל.
5. **התחייבות החברה:**
- בקרת מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח כמפורט להלן ועד התקרה הנקובה בתנאי הפוליסה:
- 5.1. **אפשרות שיפוי להשתלה** -
- 5.1.1. תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 5.1.2. תשלום עבור הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- במקרה של השתלת מח עצם ובכפוף לקרות מקרה הביטוח, ישולמו הוצאות הבדיקות לאיתור תורם מח עצם.
- 5.1.3. תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 90 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 305 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות.
- 5.1.4. תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 5.1.5. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל.
- 5.1.6. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד 60,000 ₪.
- 5.1.7. תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, עד 400 ₪ ליממה למבוטח או מלווה או עד 560 ₪ ליממה למבוטח + מלווה, 720 ₪ למבוטח ושני מלווים.
- 5.1.8. תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל - אם לא ניתן להעביר את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות - עד 40,000 ₪.
- 5.1.9. תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה - עד 40,000 ₪ או הטיפול המיוחד - עד 20,000 ₪.
- 5.1.10. ביצע המבוטח השתלה במסגרת קופת חולים או באמצעות ביטוח זה, יהיה זכאי לסכום חודשי של 6,783 ₪ להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה או לבלב או 3,957 ₪ להשתלת כליה, מעי, שחלה או מח עצמות, אשר ישולם למבוטח לאחר ביצוע ההשתלה בארץ או מיום חזרתו ארצה ולמשך תקופה מרבית של 24 חודשים.
- 5.1.11. תשלום מלא עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.
- 5.1.12. הוצאות העברה יבשתית - המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח.
- 5.1.13. הוצאות שימוש בלב מלאכותי - המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שימוש של המבוטח בלב מלאכותי עד לביצוע ההשתלה, בהתאם להוצאות בפועל ועד לתקרה של 100,000 ₪.

5.2. **ביצוע השתלה שלא במימון החברה בחו"ל** - אם ביצע המבוטח השתלה בחו"ל שהחברה לא השתתפה במימונה, בין בתשלום ישירות לנותן השירות ובין במתן שיפוי למבוטח כנגד הוצאותיו ובין אם בתשלום לקופות חולים ו/או לגורם אחר, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי בגובה 175,000 ₪, ובתנאי כי נטילת האיבר והשתלת האיבר עומדים בהוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח.

5.3. **למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח כמפורט בסעיף 1.1 (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 5.1 ו-5.2 לעיל ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.**

5.4. שיפוי לטיפול מיוחד בחו"ל - יבוצע על-פי האמור בסעיפים 5.1.1, 5.1.9-5.1.3 ו-5.1.12-5.1.11.

5.5. **קצבה חודשית למועמד להשתלה**

בקרות מקרה הביטוח, מבוטח, אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו, ונזקק לשירותי מטפלת, יהיה זכאי לקצבה חודשית של עד 4,000 ₪ וזאת לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-6 חודשים. מבוטח, כאמור, אשר שוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מסך של עד 4,000 ₪.

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

6. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 90 יום מיום ההצטרפות.

פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות

1. הגדרות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי שנועד לשם טיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ו/או לשם החלמתו של המבוטח ו/או לשם מניעת החמרת מצבו הרפואי של המבוטח (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) ו/או למניעת הישנות מצבו הרפואי של המבוטח, בשל מחלה או תאונה, ואשר אושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ונכלל ברשימת התרופות המאושרות ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.
- "הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2007-1-12 - "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. **המדינות המוכרות** - ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי-2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).
- 1.4. **רופא מומחה** - רופא אשר הוכר כמומחה על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.5. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על-פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
- 1.6. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל חבריה.
- 1.7. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
- 1.8. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על-פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן נותני השירות).
- 1.9. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.10. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.11. **תרופה חלופית** - תרופה כלולה בסל שירותי הבריאות, שנועדה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר מביאה, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאה רפואית דומה לזו של התרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בסעיפים א'-ג' לעיל, ובלבד שהטיפול התרופתי בתרופה זו אינו כרוך בתוצאות חמורות יותר למבוטח, ביחס לתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בסעיפים 2.2.1-2.2.3 להלן;
לעניין זה, "תוצאות חמורות יותר" - תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול התרופתי, לרבות פגיעה באיכות או בשגרת חייו של המבוטח, למעט שינוי הנוגע לתדירות נטילת התרופה דרך הפה.
- 1.12. **בדיקה גנומית לגידול סרטני** - בדיקת גנומית מולקולרית ו/או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינה מכוסה בסל הבריאות ושנקבע על פי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, הצורך לבצע אותה בהתאם לפרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה ו/או בארה"ב.

1.13.1. **תרופת OFF LABEL** - תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות ו/או ע"י הרשויות המוסמכות בישראל, להתוויה רפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1.13.1.1 פרסומי ה-FDA

1.13.1.2 American Hospital Formulary Service Drug Information

1.13.1.3 US Pharmacopoeia - Drug Information

1.13.1.4 Drugdex (Micromedex)

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

1.13.1.4.1 עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) -

1.13.1.4.2 נמצאת בקבוצה I או IIa

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

1.13.1.4.4 יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa

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

1.13.1.5.1 NCCN

1.13.1.5.2 ASCO

1.13.1.5.3 NICE

1.13.1.5.4 ESMO Minimal Recommendation

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

1.15. **תרופה ניסיונית** - תרופה אשר לא אושרה ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ולא ע"י הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח. לעניין זה, יובהר כי תרופה OFF LABEL ו/או תרופת יתום כמוגדר לעיל, לא יתייחס תרופה ניסיונית.

2. מקרה הביטוח

2.1. מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק, על-פי הוראת רופא, לטיפול תרופתי.

2.2. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על-פי תנאי פרק זה בגין:

2.2.1. רכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, וכלולות ברשימת התרופות המאושרות.

2.2.2. רכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות, ובתנאי שההתוויה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אושרה ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.

2.2.3. רכישת תרופות הכלולות בסל שירותי הבריאות, להתוויה רפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי שההתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח אושרה ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.

2.2.4. **תרופות OFF LABEL לכל מחלה** - רכישת תרופות OFF LABEL בגין כל מחלה.

2.2.5. תרופות יתום - רכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות המוכרות כתרופות יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח.

2.2.6. 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 ובכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

2.2.6.1. רופא 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 שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים וכי התועלת בשימוש בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.

ובנוסף -

2.2.6.2. המבוטח חלה במחלת הסרטן (בסעיף זה "סרטן") - נוכחות של תאים ממאירים).

התנאי לקיום מקרה הביטוח הינו כי תרופה איננה מתחום הרפואה המשלימה.

3. חבות החברה ותגמולי הביטוח -

3.1. החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו לרכישת תרופות כנגד קבלות מקוריות ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, ובניכוי הסכום שבו השתתפה קופת חולים, אם השתתפה, ובניכוי השתתפות עצמית למרשם אשר גובהה הנו על-פי סוג התרופה כמפורט בסעיף 2 לעיל עד תקרת סכום הביטוח המרבי ובכפוף לתנאים כמפורט להלן:

3.1.1. בגין תרופות כמפורט בסעיפים 2.2.1-2.2.3 תשולם השתתפות עצמית של 283 ₪ למרשם לחודש.

3.1.2. בגין תרופות כמפורט בסעיפים 2.2.4-2.2.5 תשולם השתתפות עצמית של 904 ₪ למרשם לחודש.

3.1.3. בגין תרופות שעלותן החודשית, על-פי מחירן המרבי המאושר, כמפורט בסעיף 3.6 להלן, עולה על 10,000 ₪, לא תשולם השתתפות עצמית.

3.2. יובהר, ההשתתפות העצמית למרשם הינה חודשית, 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. על אף האמור בסעיף 1.7 לעיל, ניתן למבוטח מרשם לטיפול לתקופה פחותה משלושה חודשים יאה המבוטח רשאי להמציא מרשמים נוספים חתומים בידי רופא שאינו רופא מומחה ו/או רופא בית חולים, לפי בחירת המבוטח, ובתנאי שאחת לשלושה חודשים ימציא המבוטח מרשם רופא מומחה ו/או רופא בית חולים.

3.3. סכום הביטוח המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על-פי פרק זה יהיה עד 2,260,000 ₪.

אחת ל-3 שנים, יתחדש חצי מסכום הביטוח המירבי (1,130,000 ₪) באופן הבא:

3.3.1. מבוטח, אשר בגין תביעתו ו/או תביעותיו המכוסות על-פי פרק זה שילמה לו החברה את מלוא תקרת סכום הביטוח המירבי, יהיה זכאי לסכום ביטוח מירבי נוסף כמפורט בסעיף 3.3 עם חידוש סכום הביטוח כאמור.

3.3.2. מבוטח, אשר בגין תביעתו ו/או תביעותיו המכוסות על-פי נספח זה שילמה החברה חלק מתקרת סכום הביטוח המירבי, יהיה זכאי לסכום ביטוח מירבי מלא כמפורט בסעיף 3.3 עם חידוש סכום הביטוח כאמור, אשר יחליף את יתרת סכום הביטוח שנותרה לאחר תשלומי החברה.

- 3.4. סכום הביטוח המירבי בגין מקרה ביטוח כמפורט בסעיף 2.2.6 לעיל הינו עד 610,000 ש"ח לכל תקופות הביטוח למבוטח.
- 3.5. החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל, כנגד קבלות מקוריות ו/או תשלום ישירות לנותני השירות עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך בנטילת התרופה לתקופה שלא תעלה על 60 יום ונד 170 ש"ח לכל יום.
- יובהר, הכיסוי על-פי סעיף זה יינתן אך ורק בגין נטילת תרופות, אשר החברה שיפתה את המבוטח עבור רכישתן, כמפורט בסעיף 3.1 לעיל
- 3.6. מבוטח יפנה לאישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. למען הסר ספק, מובהר כי קבלת אישור כאמור הינה תנאי מהותי לאחריות החברה על-פי פרק זה.
- 3.7. 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) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל. במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על-פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.
- 3.8. **בדיקה גנומית לגידול סרטני במקרה של סרטן מתקדם** - 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 1.12 לעיל, אך לא יותר מ-30,000 ש"ח למקרה של סרטן מתקדם. להלן "סרטן מתקדם" - סרטן מתקדם גרורתי המוגדר על פי דירוג TNM כ-M1 לפחות, או מחלה ממארת מקומית שהנה אחת מאלה - גידולי מוח, גידולי לבלב, סרטן שד גרורתי/triple negative, סרטן ריאה וגידולים ממקור לא ידוע.

4. כיסוי לתרופות מיוחדות - UPGRADE

- 4.1. מבוטח, הזכאי לכיסוי תרופה על-פי פרק זה, שמחירה המרבי המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל עולה על 5,000 ש"ח, ורכש את התרופה במסגרת תוכנית השב"ן בה הוא חבר, מבלי שתבע את החברה, יהיה זכאי לפיצוי על-פי אחת מהחלופות המפורטות להלן, לפי הגבוהה מביניהן:
- 4.1.1. פיצוי בגובה ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו במסגרת תוכנית השב"ן, ולא יותר ממחיר התרופה המרבי המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.
- 4.1.2. פיצוי חודשי בגובה 1,130 ש"ח לתרופה שעלותה 9,999-5,000 ש"ח, פיצוי חודשי בגובה 2,260 ש"ח לתרופה שעלותה 19,000-10,000 ש"ח, פיצוי חודשי בגובה 3,000 ש"ח לתרופה שעלותה 20,000 ש"ח ומעלה, לכל חודש במשך התקופה בה נטל המבוטח את התרופה, ורכש את התרופה במסגרת תוכנית השב"ן בה הוא חבר, מבלי שתבע את החברה.
- 4.2. מבוטח, הזכאי לכיסוי תרופה על-פי פרק זה, שמחירה המרבי המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל אינו עולה על הסכום האמור בסעיף 4.1, אך עולה על סכום ההשתתפות העצמית למרשם, על-פי פרק זה, ורכש את התרופה במסגרת תוכנית השב"ן בה הוא חבר, מבלי שתבע את החברה, יהיה זכאי לפיצוי בגובה ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו במסגרת תוכנית השב"ן, ולא יותר ממחירה המרבי של התרופה, המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.

5. חריגים מיוחדים
 בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על-פי פרק זה במקרים הבאים:
- 5.1. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים כללי, או במהלך אשפוז בבית חולים כללי.
 - 5.2. תרופה לטיפולם קוסמטיים ו/או אסתטיים.
 - 5.3. תרופה לטיפול במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
 - 5.4. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.
 - 5.5. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
 - 5.6. מקרה ביטוח הנובע מאלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על-פי החוק ו/או שימוש בהם.
 - 5.7. טיפול ו/או שירות רפואי הנדרש עקב מום ו/או מחלה מלידה לרבות מחלות תורשתיות ו/או מצב רפואי קודם בהתאם לאמור בסעיף 4.3 לתנאים הכלליים לביטוח.
 - 5.8. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
 - 5.9. המבוטח נושא או יישא נוגדנים למחלת הכשל החיסוני הנרכש או צהבת לסוגיה השונים. מובהר ומודגש בזאת כי השיפוי יהיה אך ורק בגין עלות התרופה, ולא יינתן שיפוי עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, למעט האמור בסעיף 3.4 לעיל.
6. 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 על-פי תנאי פרק זה, גם בגין התקופה בה שהה מחוץ לגבולות מדינת ישראל, אם היה זכאי לכיסוי בתקופה זו.
7. תקופת אכשרה
 תקופת האכשרה היא בת 90 יום ממועד ההצטרפות.

פרק ג': ביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים -

כיסוי מהשקל הראשון

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח.

2. תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח

החברה תשפה את המבוטח, באופן מלא וישיר אצל נותן השרות שבהסכם, או כנגד קבלות מקוריות שימציא לה המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על המשולם לנותן השרות שבהסכם:

2.1 שכר מנתח בבי"ח מוסכם:

2.1.1 שכר מנתח הסכם ישולם במלואו - ישירות למנתח הסכם.

2.1.2 מנתח אחר - תשלום למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ע"י מנתח אחר, יהיה בגובה הסכום ששולם על ידו בפועל, עד לתקרת הסכום הקבוע והמפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il עבור הניתוח שבוצע.

2.2 התייעצות לפני ניתוח פרטי: המבטח יחזיר למבוטח הוצאות התייעצות מוקדמת אחת (לפני ניתוח) עם המנתח אשר ביצע בפועל את הניתוח.

2.3 התייעצות נוספת לפני ניתוח פרטי: מבוטח אשר נקבע לו על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי צורך בביצוע ניתוח המכוסה על-פי תנאי הפוליסה, יהיה זכאי לקבלת חוות דעת שנייה מרופא מומחה נוסף בתחום זה בשאלת הצורך בניתוח עד לסך 904 ש"ח.

2.4 כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים מוסכם במקרה ניתוח פרטי: החברה תכסה הוצאות אשפוז בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות בבית חולים מוסכם לתקופה שלא תעלה על 30 ימים.

2.5 הוצאות חדר ניתוח בבית חולים מוסכם: החברה תשלם ישירות לבית החולים את ההוצאות עבור חדר ניתוח ומרדים בבית חולים פרטי, על-פי הניתוח שבוצע, או תחזיר הוצאות אלו למבוטח.

2.6 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית: החברה תשלם ישירות לבי"ח בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח פרטי, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח ועד לתקרת מחיר הסכם לבדיקה פתולוגית.

2.7 תותבות/שתלים: בוצע במבוטח בבית חולים מוסכם ניתוח, ובמהלך הניתוח הושטלו במבוטח תותבות כלשהן, תשתתף החברה בעלות התותבות הנ"ל עד 22,600 ש"ח למקרה ביטוח למבוטח.

2.8 שכר אחות פרטית/אח פרטי בעת ניתוח: החזר למבוטח עד 622 ש"ח לכל יום אשפוז עקב ניתוח בבית חולים פרטי, ובמהלך אשפוז רציף לאחר הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על מספר ימי האשפוז על 8 ימי אשפוז לאחר הניתוח.

2.9 שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים בישראל: החזר למבוטח בגין שירותי אמבולנס של מגן דוד אדום או שירות אמבולנס אחר עבור העברתו של המבוטח לבי"ח פרטי או ממנו או העברתו בין בתי החולים עקב ניתוח בבית חולים פרטי, עד תעריף מד"א.

2.10 ביצוע ניתוח בחו"ל: בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל המכוסה על-פי ביטוח זה, תחזיר החברה למבוטח את הוצאותיו במטבע ישראלי בישראל בהתאם לשער היציג ביום התשלום ע"י החברה ובהיקף זכאותו של המבוטח על-פי פרק זה בישראל.

3. תשלום במקרה מוות וכתוצאה מניתוח:

נפטר המבוטח במהלך 7 ימים מהיום בו עבר ניתוח וכתוצאה מהניתוח המכוסה במסגרת פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) תשלם החברה ליורשיו על-פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה בנוסף לתגמולי הביטוח סכום נוסף של 130,000 ₪ ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21 ומתחת לגיל 67 שנה.

4. תשלום במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה כתוצאה ישירה ובלעדית מביצוע ניתוח:

4.1. החברה תשלם למבוטח פיצוי חודשי של 2,741 ₪ במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה שנגרם כתוצאה ישירה ובלעדית מביצוע ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21 ומתחת לגיל 67 ושלא נעדר מעבודתו קודם לניתוח כתוצאה מהבעיה הרפואית שהיוותה העילה לניתוח.

4.2. המבוטח ייחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה לצורך סעיף זה וזכאי לקבלת הפיצוי החודשי אם נשלל ממנו בשיעור של לפחות 75% הכושר לעסוק באופן זמני או קבוע בעיסוק ו/או במקצוע בהם עסק לפני הניתוח ובתנאי שאינו עובד בעבודה כלשהי ואינו מקבל במישרין ו/או בעקיפין שכר או תגמול או בכנסה בגין עבודתו, וזאת לתקופה העולה על שלושה חודשים מיום ביצוע הניתוח (להלן: תקופת המתנה).

4.3. אם לא הייתה למבוטח תעסוקה במועד קרות מקרה הביטוח יחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה אם יהיה מרותק לביתו עקב קרות מקרה הביטוח.

4.4. הפיצוי החודשי ישולם החל מתום תקופת המתנה, לתקופה מרבית של 24 חודשים ובכל מקרה יפסק התשלום עם הגיע המבוטח לגיל 67 שנה.

4.5. אם חוזר למבוטח כושר עבודתו, חייב הוא ו/או המבוטח להודיע על כך לחברה מיד והחברה תפסיק את תשלום הפיצוי החודשי.

4.6. במקרה של אובדן כושר עבודה בגין אותו מקרה ביטוח המבוטח לא יהיה זכאי לתקופת תשלום נוספת.

5. חריגים מיוחדים

סעיף החריגים הכלליים בפוליסה חל אף על פרק זה.

בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על-פי פרק זה במקרים הבאים:

5.1. ניתוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור מעיים שמקורם אינו בצורך רפואי ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד.

5.2. ניתוח הקשור בפוריות ו/או עקרות.

5.3. ניתוח בגלל פציעה שארעה תוך פעילות ספורט במסגרת אגודת ספורט.

5.4. השתלת איברים בישראל או בחו"ל, ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל.

5.5. בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון: MRI-CT כאשר אלה אינן חלק ממהלך הניתוח.

5.6. ניתוחים הקשורים בשיניים וחניכיים.

5.7. ניתוחים הקשורים להריון ו/או לידה למעט גרידה ו/או ניתוח קיסרי בשל צורך רפואי.

6. תקופת אכשרה:

תקופת האכשרה היא בת 90 יום ממועד ההצטרפות.

במקרה של גרידה המתבצעת מצורך רפואי או ניתוח קיסרי תהא תקופת אכשרה של 365 יום.

פרק ד': כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח

נוסח מפרק זה יעודכן בתוך 90 ימים ממועד תחילת הביטוח ובהתאם לאישור הפיקוח לעניין תכנית המסגרת.

1. הגדרות

טכנולוגיה מחליפת ניתוח - טיפול רפואי שאיננו ניתוח המבוצע כתחליף לניתוח, אשר על-פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע.

2. מקרה הביטוח

הצורך ביצוע ניתוח.

תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח:

2.1. סכום השיפוי המירבי לטיפול ו/או סדרת טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח לא יעלה על עלות הניתוח שהטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח מבוצע במקומו.

2.2. הכיסוי עבור טיפול רפואי בטכנולוגיה מחליפת ניתוח יכלול שיפוי להוצאות המבוטח בגין הכיסויים הבאים:

2.2.1. שכר הרופא המבצע את הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.

2.2.2. הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או במרפאה, לרבות האביזרים בהם נעשה שימוש במהלך הטיפול.

2.2.3. הוצאות אשפוז בבית חולים בו מבוצע הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.

2.3. בוצע טיפול רפואי בטכנולוגיה מחליפת ניתוח בחו"ל, יהא המבוטח זכאי לכיסוי על-פי האמור לעיל, ולפי תקרת כיסוי השווה ל-120% מתקרת הכיסוי אם היה מבוצע הטיפול בישראל.

2.4. אם יבוצע הניתוח במהלך 12 חודשים ממועד ביצוע הטיפול החליפי יקוזזו תגמולי הביטוח שקיבל המבוטח בגין הטיפול מהחבות החברה לניתוח. בתום 12 חודשים מתשלום הטיפול-מחליף-ניתוח, במידה והמבוטח עדיין יצטרך ניתוח, לא יקוזזו תגמולי הביטוח שקיבל המבוטח בגין הטיפול - מחבות החברה לניתוח.

3. חריגים מיוחדים לנספח זה:

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

3.1. הליכים רפואיים ו/או שימוש באביזרים שאינם במסגרת ניתוח המבוצע במבוטח, או במסגרת טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.

3.2. השתלה של איבר טבעי או מלאכותי מכל סוג, אשר נועדה להחלפת איבר ו/או חלק איבר ו/או נועדה להוספת איבר במקומו של איבר בגופו של המבוטח.

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

3.4. הוצאות המכוסות במסגרת פרק הניתוחים, לרבות שכר מנתח, בית חולים, חדר ניתוח, בדיקות פתולוגיות, בדיקות הדמייה המבוצעות במהלך הניתוח.

3.5. טיפולים ניסיוניים או מחקרניים או טיפולים שאינם מקובלים על-פי אמות מידה רפואיות מקובלות.

3.6. טיפולים ו/או בדיקות מניעה וסקר.

3.7. טיפולים ו/או בדיקות שאינם למטרת אבחון ו/או טיפול במצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח.

3.8. טיפולים הקשורים בהריון ו/או לידה ו/או בפריון ו/או בעקרות.

- 3.9. טיפולים במסגרת רפואה משלימה.
- 3.10. טיפולי פיזיותרפיה, טיפולים פרא-רפואיים וטיפולים כימותרפיים.
- 3.11. טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח אשר טרם בוצעו בפועל במבוטח ו/או בגין התחייבות מבצע הטיפול לטיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח עתידיים.

4. תקופת אכשרה:

תקופת האכשרה היא בת 90 יום מיום ההצטרפות.

פרק ה': ביטוח לניתוחים פרטיים בחו"ל

1. הגדרות

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

2. תנאי מוקדם לאחריות המבטח

הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש ע"י החברה.

3. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח אשר בחר המבוטח לבצעו בבית חולים בחו"ל.

4. תיאום הניתוח

בקרות מקרה ביטוח תשלם החברה ישירות לספק השירות ו/או תשפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח כמפורט להלן:

4.1. בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל המכוסה על-פי פרק זה, לאחר שההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותיאום הניתוח נעשו ע"י המבטח, תשפה החברה את המבוטח בגין הוצאותיו הרפואיות הקשורות בניתוח במטבע ישראלי בישראל בהתאם לשער היציג ביום התשלום ע"י החברה.

4.2. בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל המכוסה על-פי פרק זה, מבלי שההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותיאום הניתוח נעשו ע"י המבטח, תשפה החברה את המבוטח בגין הוצאותיו הרפואיות הקשורות בניתוח שהוצאו על ידו בפועל, במטבע ישראלי בישראל בהתאם לשער היציג ביום התשלום ע"י החברה, אך לא יותר מעלות הוצאות הניתוח שהיו משולמות על-ידי החברה לספק בחו"ל הקשור עימה בהסכם במדינה בה מבוצע הניתוח או במדינה דומה.

5. תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח

5.1. בקרות מקרה הביטוח, תשלם החברה ישירות לספק השירות ו/או תשפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח, על-פי האמור בסעיף 4 לעיל.

5.2. בנוסף לאמור בסעיף 5.1 לעיל, תכסה החברה גם את ההוצאות הבאות:

5.2.1. **כיסוי להוצאות הטסה רפואית** - במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד 40,000 ש"ח.

5.2.2. **כיסוי להוצאות הטסת גופה** - החברה תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ל המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 3 ימים, מיום שיחזרו מבית החולים בחו"ל.

5.2.3. **הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל** - מבוטח, אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל לישראל. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 40,000 ש"ח.

5.2.4. **הכוונה ומתן מידע** - המבוטח יהיה זכאי לקבלת ייעוץ והכוונה מנציגי החברה בנוגע לספקי השירות הרפואי הרלוונטיים למקרה הביטוח.

5.2.5. **מתן ייעוץ ועזרה בסידורי השהייה למלווה** - המבוטח יהיה זכאי לקבלת ייעוץ ועזרה מנציגי החברה בנוגע לסידורי השהייה בחו"ל למלווה בקרבת בית החולים. יובהר, החברה לא תישא בעלות שהיית מלווה למעט במקרים המפורטים בסעיף 5.2.9.1.

- 5.2.6 **ביטוח נסיעות לחו"ל למלווה** - המבוטח יהיה זכאי לרכישת ביטוח נסיעות לחו"ל של החברה עבור מלווה, בהנחה בגובה 35% מתעריפי החברה באותה עת. ההנחה תינתן לתקופה שלא תעלה על 10 ימים.
- 5.2.7 **העברות מבוטח ומלווה** - החברה תכסה את הוצאות הנסיעה של המבוטח ומלווה משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.
- 5.2.8 **כיסוי להוצאות טיסה** - במקרי ביטוח שבגינם הוטס המבוטח לחו"ל בהטסה רפואית, החברה תכסה את הוצאות הטיסה של מלווה אחד, ובמקרה בו המבוטח הינו קטין תכסה החברה הוצאות טיסה של שני מלווים בטיסה מסחרית רגילה, למקום ביצוע הניתוח וחזרה. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 10,000 ש"ח.
- 5.2.9 **כיסויים נוספים למקרי ביטוח שבגינם שהה המבוטח באשפוז רצוף לאחר הניתוח, לתקופה העולה על 10 ימים או מקרי ביטוח שבגינם הוטס המבוטח לחו"ל בהטסה רפואית:**
- 5.2.9.1 **כיסוי להוצאות שהייה** - החברה תכסה את הוצאות השהייה של מלווה אחד, ובמקרה בו המבוטח הינו קטין תכסה החברה הוצאות שהייה של שני מלווים לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 400 ש"ח למבוטח או מלווה, 560 ש"ח למבוטח ומלווה אחד, 640 ש"ח למבוטח ושני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום.
- 5.2.9.2 **אחות פרטית** - החברה תכסה את הוצאות המבוטח בגין שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים ובתנאי כי השירותים סופקו בתוך 30 יום ממועד ביצוע הניתוח בחו"ל. המבוטח יהיה זכאי להחזר בגובה 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, ועד 565 ש"ח ליום.
- למען הסר ספק, כיסוי זה יינתן למבוטח בביתו או בבית החולים, בארץ או בחו"ל.**
- 5.2.9.3 **הוצאות החלמה** - החברה תכסה את הוצאות החלמת המבוטח שנדרשה על ידי המנתח שביצע בפועל את הניתוח, וזאת במוסד החלמה מוכר בישראל לתקופה שלא תעלה על 10 ימים ובתנאי כי השירותים סופקו בתוך 30 יום ממועד ביצוע הניתוח בחו"ל. המבוטח יהיה זכאי להחזר בגובה 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, ועד 305 ש"ח ליום.
- 5.2.9.4 **המשך מעקב רפואי בחו"ל** - החברה תכסה את ההוצאות הרפואיות שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות והתייעצויות רפואיות בחו"ל שנדרשו על ידי המנתח שביצע בפועל את הניתוח, ובוצעו לאחר ביצוע הניתוח, וכהמשך ישיר ממנו, ובתנאי כי בוצעו בתוך 90 יום מיום ביצוע הניתוח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 12,000 ש"ח.
- 5.2.9.5 **הוצאות שיקום** - החברה תכסה את הוצאות המבוטח בגין עד 12 טיפולי שיקום לאחר ביצוע הניתוח, וכהמשך ישיר ממנו, ובתנאי כי בוצעו בתוך 90 יום מיום ביצוע הניתוח. המבוטח יהיה זכאי להחזר בגובה 80% מההוצאות בהן נשא בפועל ועד 203 ש"ח לכל טיפול ולא יותר מ-9,043 ש"ח לכל הטיפולים.
- טיפולי שיקום לעניין סעיף זה הינם טיפולים לשיקום הדיבור, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק, ופיזיותרפיה.

6. חריגים מיוחדים

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

- 6.1. השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל שאינם ניתנים לביצוע בישראל.
- 6.2. מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 יום) מחוץ למדינת ישראל.

7. תנאים מיוחדים לפרק זה

- 7.1. בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית החולים בחו"ל, יידע את החברה באופן מיידי וימסור לחברה את שם בית החולים וכתובת בית החולים בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח.
- 7.2. החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא. יובהר, אין באמור כדי לגרוע מחבותה של החברה, על-פי תנאי פרק זה, לכסות את הניתוח במועד אליו נדחה.

8. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 90 יום ממועד ההצטרפות.

פרק ו': שירותים רפואיים אמבולטוריים

1. הגדרות

- 1.1. **חוות דעת רפואית ראשונה:** דו"ח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המבוטח וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות: צילומי רנטגן, M.R.I, C.T, U.S, בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה.
- 1.2. **"אירוע לב"** - אוטם שריר הלב, צנתור טיפולי עם בלון או סטנט, ניתוח מסתמים, ניתוח מעקפים, השתלת לב, הפרעות קצב.

2. מקרה ביטוח

בעיה רפואית אצל המבוטח שבעקבותיה נזקק המבוטח, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים המפורטים להלן.

3. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

החברה תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין מקרי הביטוח המפורטים בנספח זה, אך לא יותר מהסכום המירבי לכל טיפול כמפורט להלן.

אחריותה הכוללת של החברה, בגין כל מקרי הביטוח המכוסים על-פי נספח זה, לא תעלה על 13,706 ש"ח לכל שנת ביטוח.

3.1. **חוות דעת רפואית בישראל** - חוות דעת ראשונה וחוות דעת נוספות, עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (**לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה**), עד 768 ש"ח לחוות דעת ראשונה ועד 508 ש"ח לחוות דעת שנייה.

3.2. **חוות דעת רפואית שניה בחו"ל** - מבוטח יהא זכאי לחוות דעת בחו"ל, באמצעות נותני שירות שבהסכם עם החברה, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה, כמוגדר לעיל, עד 5,502 ש"ח למקרה ביטוח.

3.3. **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - עד 1,922 ש"ח, לשנת ביטוח.
הכיסוי כולל:

3.3.1. בדיקות מעבדה.

3.3.2. צילומי רנטגן.

3.3.3. בדיקת M.R.I - עד 3,843 ש"ח לשנת ביטוח.

3.3.4. בדיקות הדמיה (למעט M.R.I).

3.4. **טיפולים פיזיותרפיים ו/או הידרותרפיה** - לפי הוראת רופא, עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-2,572 ש"ח לכל שנת ביטוח.

3.5. **טיפולים רדיותרפיים ו/או כימותרפיים** - עד 11,542 ש"ח לכל שנת ביטוח.

3.6. **השתתפות בהפריה חוץ גופית (IVF)** - מבוטחת אשר זקוקה לטיפול הפריה חוץ גופית (IVF) על-פי הפניית רופא גניקולוג מומחה לטיפול בליקויי פריון, אשר לה לפני הטיפול לפחות שני ילדים, תהא זכאית לכיסוי בגובה 11,000 ש"ח לכל ילד.

3.7. **בדיקות הריון** - בדיקות סיקור גנטי טרום לידתי המבוצעות לפני ו/או במהלך הריון ובדיקות המבוצעות למבוטחת במהלך הריון. יובהר, על אף האמור בסעיף 2 לעיל, הזכאות לכיסויים המפורטים להלן אינה מחייבת קיומה של בעיה רפואית פעילה.

3.7.1. **בדיקות סיקור גנטי טרום לידתי** - מבוטח יהא זכאי לביצוע בדיקת סיקור גנטי טרום לידתי למחלות גנטיות לשלילת מומים מולדים, עד 283 ש"ח פעם אחת בכל תקופת הביטוח.

3.7.2 **סקירת מערכות העובר** - מבוטחת תהא זכאית לביצוע סקירת מערכות העובר, עד 565 ש"ח פעם אחת במהלך הריון.

3.7.3 **דיקור מי שפיר / סיסי שיליה** - מבוטחת תהא זכאית לביצוע אחת מהבדיקות, דיקור מי שפיר או סיסי שיליה, עד 678 ש"ח, פעם אחת במהלך הריון.

3.7.4 **שימור דם טבורי** - מבוטחת אשר התקשרה עם ספק העוסק בשימור דם טבורי, תהא זכאית לכיסוי עד 565 ש"ח, פעם אחת בהריון.

יובהר, במקרה בו שני בני הזוג מבוטחים, יהיה כל אחד מהמבוטחים זכאי להחזר בגין הכיסוי כאמור.

3.8 **בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים** - מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות לגידולים ממאירים באמצעות מעבדות "ONCOTEST", עד 5,500 ש"ח למקרה ביטוח.

3.9 טיפולים המבוצעים ע"י רופא שיניים

3.9.1 **עקירה כירורגית** - החזר למבוטח עבור תשלומים שהמבוטח שילם לרופא שיניים עבור ביצוע עקירה כירורגית של שן, עד 382 ש"ח.

עקירה כירורגית פירושה, עקירת שן כתוצאה מתהליך עשתי אשר גרם להרס מוחלט של כותרת השן או שן בעלת שורשים עקומים ומפותלים אשר מחייב חיתוך בחניכיים עד לחשיפת השורשים על מנת לאפשר נקודת אחיזה לכלי העזר החולץ. הזכאות לטיפול רק אם התופעות המצוינות לעיל יאובחנו בצילום רנטגן לפני הטיפול.

3.9.2 **ניתוחי חניכיים**: החזר למבוטח עבור תשלומים שהמבוטח שילם לפריודונט מומחה עבור הטיפולים להלן ולא יותר מהסכום המפורט להלן לכל טיפול:

א. **בדיקה פריודונטית** - בדיקה וקביעת תכנית טיפול תוך רישום מלא של הממצאים הדנטאליים הנדרשים - עד 382 ש"ח.

ב. **טיפול פריודונטי שמרני (הקצעת שורשים או קיורטג')** - פעולה שמטרתה הסרת הרובד והאבנית ממשטחי השורש או הסרת הרקמה הרכה בכיס החניכיים - עד 191 ש"ח.

ג. **כירורגיה פריודונטית** - ניתוח ברקמה רכה, כריתת חניכיים, ניתוח מטלית, השתלת חניכיים, הניתוח יכלול אלחוש מקומי, תפרים וכל הדרוש לביצוע וסיום הטיפול - עד 2,048 ש"ח.

הזכאות לטיפול זה היא לאחר 3 חודשים מתום הטיפול הפריודונטי השמרני כאשר קיימת עדיין תחלואה פריודונטית בפה המחייבת ניתוח זה.

ניתוח חניכיים פירושו הקצעת שורשים (root planing) או כריתת חניכיים או מטלית לגרידת חניכיים או ניתוחי עצם והשתלת חניכיים בתנאי שקיימת תחלואה פריודונטית ברקמות ורקמות התמיכה של השן המחייבת התערבות כירורגית. התשלום יינתן לביצוע הבדיקה לפי סעיף א', וכן לאחת מהפעולות הנ"ל, כמספר הסקסטנטים שיבוצעו בפועל.

3.10 **מנוי לשירותי משדר קרדילוגי** - המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדילוגי לאחר קרות אירוע לב כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל וזאת עד 50% מההוצאות בפועל, ועד 2,500 ש"ח לשנה. תוקף המנוי הינו ל-12 חודשים בלבד.

3.11 **ייעוץ רפואי מיוחד**

3.11.1 **מקרה הביטוח:**

נתגלתה במבוטח מחלה קשה (כמפורט להלן) יהיה זכאי לשתי פגישות ייעוץ אצל רופאים מומחים שבהסכם עם החברה. התשלום יועבר על ידי החברה, ישירות לרופא ההסכם. אם הייעוץ יתבצע על ידי רופא אחר, יוחזרו למבוטח הוצאותיו עד גובה תעריף שר"פ הדסה לראש מחלקה.

3.11.2. הגדרות:

הגדרת מחלות קשות:

3.11.2.1. סרטן

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

מקרה הביטוח אינו כולל:

(1) גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים.

(2) מלנומה ממאירה דרגה A1 (1 מ"מ) לפי סיווג ה-AJCC לשנת 2002.

(3) מחלות עור מסוג:

(א) Basal Cell Carcinoma-I Hyperkeratosis;

(ב) מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

(4) מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS.

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

(6) לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L.).

3.11.2.2. אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure)

חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

3.11.2.3. שבץ מוחי -

כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות ניורולוגיות או חוסר ניורולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק ניורולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי ניורולוג מומחה. כל זאת להוציא אי ספיקה ורטברו-בזילרית ו-TIA.

3.11.2.4. התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome) -

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להיתמך ע"י כל שלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:

(1) כאבי חזה אופייניים.

(2) שינויים חדשים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

(3) עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים.

3.11.2.5. עיוורון

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

3.11.2.6 נכות מלאה ותמידית

המבוטח ייחשב כבעל נכות מוחלטת ותמידית אם כתוצאה מתאונה או מחלה נשללה ממנו לחלוטין ולצמיתות האפשרות לעסוק בתעסוקה כלשהי או לעשות עבודה כלשהי תמורת תגמול או רווח. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, אובדן מוחלט ולצמיתות של כושר הראייה של שתי העיניים, או אובדן מוחלט ולצמיתות של כושר השימוש בשתי גפיים, ייחשבו לנכות מוחלטת ותמידית לעניין פרק זה.

4. חריגים מיוחדים

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

4.1. בדיקות תקופתיות ובדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט המפורט בסעיף 3.7 לעיל.

4.2. ניתוחים וטיפולים הקשורים בשיניים, למעט המפורט בסעיף 3.9 לעיל.

5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 90 יום ממועד ההצטרפות. במקרה של טיפולים המבוצעים ע"י רופא שיניים על-פי סעיף 3.9, תהא תקופת האכשרה בת 270 יום, ובמקרה של בדיקות הריון על-פי סעיף 3.7 תהא תקופת האכשרה בת 365 יום.

פרק ז': שירותים רפואיים ייחודיים

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.

- 1.1. "ביקורופא" - חברת ביקורופא בע"מ.
- 1.2. "המבטחת" או "חברת הביטוח" - הראל חברה לביטוח.
- 1.3. "פוליסת הביטוח" - פוליסת ביטוח בריאות של המבטחת, הכוללת כתב שירות לשירותים רפואיים ייחודיים.
- 1.4. "מוטב" - עובד פעיל אצל המבוטח ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדיהם עד גיל 21 אזרחי ארץ ישראל ששמו נקוב בקובץ הנתונים שיועבר מידי חודש לחברה על ידי המבוטח.
- 1.5. "המנוי" או "המשפחה המנויה" - מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.6. "רופא" - רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רישיון מטעם משרד הביטוח לעסוק ברפואה.
- 1.7. "מטפל" - פסיכולוג קליני, הרשאי על-פי דין ליתן את השרות הרלוונטי למבוטח, ואשר ביקורופא התקשרה עמו בהסכם בקשר למתן שרות למנוייה.
- 1.8. "רופא הסכם" - רופא אשר התקשר עם ביקורופא בהסכם למתן שירות ביקור רופא לילי כהגדרתו להלן למנוייה.
- 1.9. "מוקד השירות" - מוקד טלפוני ארצי בקו ירוק מס' 1-800-260-660 (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.
 - 1.10. "המדד" - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
 - 1.11. "מדד הבסיס" - מדד אשר פורסם ביום 15.11.2009.
 - 1.12. "חג" - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

2. שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה

2.1 השירות

- 2.1.1. המנוי יהא זכאי לקבל שירותי מידע ושירותים נוספים כמפורט להלן ושירותים אלה בלבד (להלן - "שירותי המידע"):
 - 2.1.1.1. **שירותי מידע ברפואת ילדים** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת ילדים על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת ילדים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
 - 2.1.1.2. **שירותי מידע ברפואת משפחה** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת משפחה על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת משפחה, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
 - 2.1.1.3. **שירותי מידע ברפואת נשים** - מתן מידע טלפוני כללי על מחלות זיהומיות בתחום רפואת נשים, מידע כללי על בדיקות שונות במהלך ההיריון, מידע על בריחת סידן מהעצם, וזאת על ידי רופא מומחה ברפואת נשים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
 - 2.1.1.4. **שירות מידע ברפואה גריאטרית** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום הגריאטריה, על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואה גריאטרית, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.

- 2.1.1.5 **שירות פסיכולוגי - "קו חם"** - סיוע פסיכולוגי טלפוני בנושאי ילדים, נשים ומשפחה, לרבות גיל ההתבגרות, התמכרויות שונות והמשך לימוד במוסדות חינוך, על ידי פסיכולוג, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
- 2.1.1.6 **שירותי מידע לדיאטה ותזונה נכונה** - מתן מידע טלפוני בתחום הדיאטה והתזונה, על-ידי דיאטן קליני או תזונאי הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
- 2.1.2 מוקד השירות יפעל לקבלת הקריאות לשירותי המידע על-פי כתב שירות זה, בדיקת זכאות הפונה לקבל את שירותי המידע והפנית הפונה לקבלת אחד משירותי המידע, המפורטים בסעיפים 2.1.1.1 - 2.1.1.6 לעיל.

2.2 היקף שירותי המידע

- 2.2.1 מובהר במפורש, כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותי מידע טלפוני בלבד, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם יינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שיחה טלפונית וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים. למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא תמנע שיחה טלפונית עם נותן השירות, והיה ולפי שיקול דעת נותן השירות, לא ניתן ליתן את השירותים ללא בדיקה של המנוי, יודיע זאת לפונה נותן השירות עצמו.
- 2.2.2 מובהר, כי שירותי המידע אינם בגדר שירותי חירום, וכי אין הם באים להחליף התייעצות פנים מול פנים, בכל מקום שהיא דרושה.
- 2.2.3 מוקד השירות יופעל לקבלת פניות של מנויים לקבלת שירותי המידע על-פי כתב שירות זה במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.
- 2.2.4 שירותי המידע יינתנו בהקדם האפשרי, ולא יאוחר מ-30 דקות ממועד הפנייה של המנוי למוקד השירות.
- 2.2.5 שירותי המידע יינתנו ללא כל הגבלה של מספר הפניות של המנוי.

2.3 כללי

- 2.3.1 נזקק המנוי לשירותי המידע כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומס' תעודת הזהות של המנוי.
- 2.3.2 מוקד השירות יקשר את המנוי לנותן השירות הרלוונטי לאחר שיוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את שירותי המידע על-פי כתב שירות זה.
- 2.3.3 מחויבותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפולו בפנייה של מנוי לקבלת שירותי המידע תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:
- 2.3.3.1 קישור המנוי לנותן השירות הרלוונטי.
- 2.3.3.2 ביטול הפנייה לקבלת איזה משירותי ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.
- 2.3.4 האחריות בגין איכות שירותי המידע ו/או בגין רשלנות מקצועית תחול על נותן שירות המידע הרלוונטי בלבד, וביקורופא לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 2.3.4.1 איכות שירותי המידע נשוא כתב שירות זה.
- 2.3.4.2 רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.

2.3.4.3. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול החורג משירותי המידע המפורטים בכתב שירות זה.

2.3.5. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל מובהר, כי נתן שירותי המידע, שייתן בפועל את שירותי המידע, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן שירותי המידע, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ביקורופא ו/או חברת הביטוח אינן המעסיקות של נותני שירותי המידע והן לא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

3. שירות ביקור רופא לילי

3.1. השירות

3.1.1. המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט בסעיף 3.1.2 להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם (להלן - "שירות ביקור רופא לילי"). שירות ביקור רופא לילי יינתן בביתו של המנוי או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המנוי הנזקק לשירות, או שהמנוי הנזקק לשירות יופנה לקבלת שירות ביקור רופא לילי באחד ממוקדי שירות הנמצאים בסמוך למקום הימצאו (להלן - "המוקד הרפואי"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכול לפי בחירת המנוי (ובכפוף לשעות הפעילות של המוקדים הרפואיים כאמור להלן). האמור לעיל כפוף לסעיפים 3.2.4 ו-5.3 להלן.

3.1.2. המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט להלן:

3.1.2.1. מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי.

3.1.2.2. בדיקה גופנית של המנוי לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ-דם, הכול כפי שיידרש על-פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.3. קביעת אבחנה רפואית.

3.1.2.4. בדיקת א.ק.ג. באמצעות קרדיופון על-פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.5. קבלת תרופות ראשוניות, הכול לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.6. קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.7. הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/רופא ילדים, המטפל במנוי באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.8. הפניית המנוי לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.9. מתן תעודה רפואית.

3.1.2.10. **פינוי חינוך באמבולנס** - במקרה שרופא ההסכם שבדק את המנוי בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על-פינוי באמבולנס, תשלם ביקורופא למנוי את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל **במקור בלבד** לביקורופא, ובתנאי שהמנוי אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא מבוטח.

3.2 כללי

3.2.1 שירות ביקור רופא לילי על-פי כתב שירות זה יינתן כל ימות השנה מהשעה 20:00 עד 07:00 למחרת. בימי ו' וערבי חג שירות ביקור רופא לילי יינתן ברציפות מהשעה 20:00 ביום ו'/ערב החג ועד השעה 07:00 ביום א'/היום שלמחרת החג. כל קריאה לקבלת השירות צריכה להיות מופנית למוקד השירות לא לפני השעה 20:00 ולא יאוחר מהשעה 06:00.

המוקדים הרפואיים יופעלו בין השעות 20:00 עד 24:00 ובשבתות וחגים גם בין השעות 10:00 עד 14:00.

שירות ביקור רופא לילי לא יינתן בערב יום כיפור וביום כיפור עד שעתיים לאחר תום הצום.

3.2.2 נזקק המנוי לשירות רפואי לילי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, מקום הימצאו, שם המנוי ומס' הטלפון של בית המגורים של המנוי (המהווה את מספר המנוי של המשפחה המנויה אצל ביקורופא).

3.2.3 שירות ביקור רופא לילי יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.

3.2.4 שירות ביקור רופא לילי ניתן בכל מקום ישוב בשטחי מדינת ישראל או השטחים המוחזקים אשר נמצאים בשליטת מדינת ישראל. במקרה שספק השירות לא יוכל לספק שירות זה באזור שקיבל פנייה לגביו, יקבל המנוי, לאחר פנייתו למוקד השירות וקבלת אישור בהתאם, אחד מאלה: אם יפנה לקבלת שירות רפואי אצל גורם רפואי אחר, החזר - עד לסך של 250 ₪ לפנייה בניכוי דמי השתתפות עצמית כנקוב בכתב השירות. זאת לאחר הצגת קבלה מקורית או בהעדר קבלה מקורית, כנגד העתק בצירוף הסבר למי נשלחה הקבלה המקורית ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם המנוי בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. לחילופין, המנוי יהיה רשאי לקבל ייעוץ רפואי טלפוני, על ידי רופא מטעם ספק השירות.

3.2.5 עם תום הביקור יחתום המנוי או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ערך את ביקור הבית בבית החולה או נתן את שירות ביקור רופא לילי במוקד הרפואי.

3.2.6 בחר המנוי לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע החולה למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבונו.

3.3 אחריות

3.3.1 מחויבותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפול בקריאה של מנוי לקבלת שירות ביקור רופא לילי תסתיים במוקדם או בהתרחש אחד משני האירועים המפורטים להלן:

3.3.1.1 הגעת רופא הסכם לבית המנוי או הפניית החולה למוקד הרפואי הסמוך למקום הימצאו, בכפוף לאמור בסעיפים 3.2.4 ו-3.3.2.

3.3.1.2 ביטול הקריאה לקבלת שירות ביקור רופא לילי ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.

3.3.2 האחריות בגין איכות שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על רופא ההסכם הרלוונטי בלבד, וביקורופא לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

3.3.2.1 איכות שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה.

3.3.2.2 רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה.

3.3.2.3. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.

3.3.2.4. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפולים או שירותים על ידי רופא אחר שאינו רופא הסכמ.

3.4. למרות האמור בסעיף 3.2.1 לכתב השירות, השירות לכיסוי ביקור רופא בבית המבוטח, יהא 24 שעות ביממה ובכפוף להוראות ולחריגים הנקובים בכתב השירות לשירותים רפואיים ייחודיים.

4. שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים

4.1. השירות

4.1.1. המנוי יהא זכאי לקבל, לפי שיקול דעתו הבלעדי, שירותי חירום ועזרה ראשונה ברפואת שיניים כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד, וזאת באמצעות מרפאות שיניים ברחבי הארץ (את רשימת מרפאות השיניים באזור מגורי המנוי ניתן לקבל במוקד השירות) (להלן - "שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים"):

4.1.1.1. עששת נרחבת - סתימה זמנית.

4.1.1.2. חלל פתוח בשן - סתימה זמנית.

4.1.1.3. צוואר שן חשוף - חומר למניעת רגישות.

4.1.1.4. דלקת חריפה - עקירת עצב או חומר חניטה.

4.1.1.5. מורסה ממקור שן - ניקוז מורסה ו/או טיפול בסגר.

4.1.1.6. דחיסת מזון - טיפול בחניכיים.

4.1.1.7. דלקת סב כותרתית - שטיפה ו/או טיפול תרופתי.

4.1.1.8. דלקת חניכיים - הסרת אבנית מקומית ו/או טיפול תרופתי.

4.1.1.9. כאבים לאחר עקירה - שיכוך כאבים.

4.1.1.10. מכתשית יבשה - ניקוי מכתשית ו/או טיפול תרופתי.

4.1.1.11. דימום לאחר עקירה או פרוצדורה כירורגית - עצירת דימום.

4.1.1.12. פצעי לחץ תחת תותבת קיימת - שחרור פצעי לחץ.

4.1.1.13. נפילת כתרים - הדבקה זמנית.

4.1.1.14. כל טיפול נוסף הנובע מכאב שיניים - יינתן טיפול להקלה או להפסקת הכאב.

4.1.1.15. בדיקה וצילום השיניים הכואבות.

4.1.1.16. מתן מרשם מתאים לשיכוך הכאב במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת.

4.2. כללי

4.2.1. כל טיפול החורג מגדר שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים יינתן בתשלום, לפי בקשת המנוי.

4.2.2. שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום, ובכפוף לאמור להלן:

בין השעות 20:00 עד 08:00 בבוקר למחרת - שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק במרפאות תורניות הנמצאות בירושלים, תל-אביב, חיפה ובאר שבע.

4.2.3 נזקק המנוי לשירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, יפנה המנוי טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, וימסור את הפרטים המצוינים בסעיף 3.2.2 לעיל. מוקד השירות יפנה את המנוי למרפאת השיניים התורנית הקרובה. מובהר, כי שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק לפי הפניה של מוקד השירות כאמור לעיל.

4.2.4 שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו כנגד הצגת תעודת זהויה.

4.3 אחריות

מובהר בזאת כי מרפאות השיניים הן המעסיקות של רופאי השיניים שיתנו את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים על-פי כתב שירות זה, והן בלבד תהיינה אחראיות לכל טיפול שיתנו רופאי שיניים אלה לפי כתב שירות זה.

מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, תהא מרפאת השיניים הרלוונטית שתיתן בפועל את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, והיא בלבד, אחראית לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ביקורופא ו/או כל מי מטעמה שיארגן את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים (למעט מרפאת השיניים עצמה) ו/או המבטחת לא תהיה אחראית כלפי המנוי בכל מקרה ובכל עניין.

5. שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי

5.1 השירות

5.1.1 המנוי יהיה זכאי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי (להלן: "שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי"), אשר במסגרתם יהיה זכאי לפגישות פנים מול פנים עם מטפל (להלן - "פגישות ייעוץ אישיות").

5.1.2 מובהר בזאת כי שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי הינם טיפולים הנעשים בקליניקות פרטיות בלבד, ללא צורך באשפוז או טיפול במעון יום או כל התערבות מוסדית אחרת.

5.2 כללי

5.2.1 נזקק המנוי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומס' תעודת הזהות שלו.

5.2.2 מוקד השירות יפנה את המנוי למטפל לאחר שיוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על-פי כתב שירות זה.

5.2.3 פגישות הייעוץ האישיות תיערכנה עם אחד המטפלים אשר ביקורופא התקשרה עימו בהסכם. מובהר, כי המטפל שנתן את הייעוץ הראשוני למנוי, לא יבצע בהכרח את פגישות הייעוץ האישיות עם המנוי, ואולם הוא יהיה זה שימסור למנוי, את שם המטפל שיבצע את פגישות הייעוץ (להלן - "המטפל") ואת מספר הטלפון שלו, בין במסגרת שיחת הייעוץ הטלפוני ובין במועד מאוחר יותר.

5.2.4 על המנוי, לפנות טלפונית בעצמו, אל המטפל בפועל על מנת לתאם עמו מועד לפגישת הייעוץ האישיות הראשונה והפגישות שתבואנה אחריה.

5.2.5 פגישות הייעוץ האישיות תיערכנה במועד שיתואם ישירות בין המנוי לבין המטפל בפועל כאמור לעיל.

פגישת הייעוץ האישית הראשונה תיערך בתוך שבוע ימים ממועד הפנייה של המנוי אל המטפל. במקרים דחופים, על-פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך שני ימי עבודה ממועד הפנייה של המנוי למטפל בפועל, אלא אם המנוי יבקש שתיערך במועד מאוחר יותר.

- 5.2.6 פגישות הייעוץ האישיות יערכו בימי עבודה ובשעות העבודה המקובלות אצל המטפל.
- 5.2.7 פגישות הייעוץ האישיות, יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה במועד פגישת הייעוץ הראשונה.
- 5.2.8 פגישות הייעוץ האישיות תיערכנה במשרדו של המטפל, כאשר המנוי הנזקק לשירות יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל המטפל. **מובהר בזאת כי השירות אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המנוי.**
- 5.2.9 עם תום פגישת הייעוץ יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי המטפל בפועל קיים את פגישת הייעוץ האישיית.
- 5.2.10 המנוי יודיע למוקד השרות על כל שינוי בכתובתו ובמספר הטלפון של ביתו.
- 5.2.11 במקרה שהמנוי יבקש לבטל פגישת ייעוץ כלשהי, יודיע על כך ישירות למטפל בפועל לפחות יום עבודה אחד מראש. למען הסר ספק מובהר, כי במקרה שהמנוי לא יודיע על ביטול פגישת הייעוץ לפחות יום עבודה אחד מראש, יחויב המנוי בדמי טיפול עבור אותה פגישת ייעוץ.

5.3 הגבלות וחריגים

- 5.3.1 המנוי יהיה זכאי לכל היותר ל-12 פגישות ייעוץ לכל שנת ביטוח.
- 5.3.2 למטפלים, לפי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקק לטיפול אחר שלא לטפל בפנייה של המנוי ולהפנותו לשירותי חירום ציבוריים.
- 5.3.3 השירות על-פי כתב שרות זה לא יינתן במקרה שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של מרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.
- 5.3.4 שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על-פי כתב שירות זה לא יינתנו במקרים שעל-פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל הינם מקרים של אוטיזם, פיגור שכלי, מצבים פסיכויים כרוניים, הפרעות נוירולוגיות של התפתחות, שימוש והתמכרות לסמים ועבריינות.
- 5.3.5 למנוי הזכות לבקש להחליף את המטפל, ובמקרה זה ביקורופא תעשה כמיטב יכולתה על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר עימו התקשרה ביקורופא בהסכם, ובלבד שהחלפת המטפל לא תסתור את שיקול הדעת המקצועי של המטפל המקורי בפועל.
- 5.3.6 למטפל שיקול הדעת המקצועי המלא והבלעדי להפנות את המבוטח למטפל אחר במערך של ביקורופא.
- 5.3.7 השרות לא יינתן במקום שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, קיים רקע אורגני לסבלו של המנוי או חשד לרקע אורגני, המצריך על-פי הוראות כל דין בדיקה של רופא בסמוך לתחילת הטיפול, אלא אם נמסר למטפל בפועל אישור בכתב של הרופא הקובע את הטיפול הדרוש.
- 5.3.8 השירות על-פי כתב שרות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

5.4 אחריות

- 5.4.1 מחויבותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפול בקריאה של מנוי לקבלת השירות תסתיים בהתרחש אחד משני האירועים המפורטים להלן, המוקדם מבין שניהם:
- 5.4.1.1 הפניית קריאתו של המנוי לייעוץ טלפוני או הפניית המנוי למטפל לצורך פגישת ייעוץ, לפי העניין.

- 5.4.1.2. ביטול הקריאה לקבלת הייעוץ הטלפוני על ידי הודעת המנוי למוקד השרות.
- 5.4.2. האחריות בגין איכות השירות נשוא כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת, תחול על המטפל בפועל בלבד או על המטפל שנתן את הייעוץ הטלפוני, לפי העניין, וביקורופא לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 5.4.2.1. איכות שירות הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי נשוא כתב שירות זה.
- 5.4.2.2. רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או להוריו ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.
- 5.4.2.3. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 5.4.2.4. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפולים או שירותים על ידי איש מקצוע שאינו מטפל כהגדרתו בסעיף 1.7 לעיל.
- 5.4.3. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל מובהר, כי המטפל שייתן בפועל את שירות הייעוץ והסיוע הפסיכולוגי, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי, להוריו או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן השירות, אם בשל מעשה ואם בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ביקורופא ו/או המבטחת אינן ולא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

6. כללי

- 6.1. הזכות לקבלת השירות על-פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 6.2. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה לרופא ההסכם שיצר עמו קשר טלפוני או לנותן איזה משירותי המידע.
- 6.3. על אף האמור בכתב שירות זה, ביקורופא לא תהא מחויבת על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי בנותני שירות או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות ביקורופא למנועו.
- 6.4. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד.
- 6.5. המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו, במספר הטלפון של ביתו ועל כל שינוי בבני המשפחה המנויה.

7. השתתפות עצמית

- 7.1. שירותי המידע יינתנו ללא כל תשלום של דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי לביקורופא.
- 7.2. שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו ללא כל תשלום של דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי לביקורופא.
- 7.3. שירות ביקור רופא לילי, יינתן כנגד תשלום דמי השתתפות עצמית בסך של 25 (עשרים וחמישה) ש"ח בגין כל מנוי שניתן לו שירות ביקור רופא לילי במסגרת אותו ביקור (בין אם ביקור בית או ביקור במוקד הרפואי). המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם, שביצע את שירות ביקור רופא לילי את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל.
- כמו כן המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם תמורה בגין תרופה בבקבוקים או תרופה באמפולות או זריקות, במידה ותרופות כאמור יינתנו לו ע"י רופא ההסכם.

- 7.4. ייעוץ וסיוע פסיכולוגי יינתן כנגד תשלום השתתפות עצמית בסך של 80 ₪ לפגישה הראשונה ובתשלום וסך של 100 ₪ לכל אחת מ-11 הפגישות הנוספות. המנוי ישלם ישירות למטפל, את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל.
- 7.5. הסכומים האמורים כוללים מע"מ בשיעור של 17%. היה יוחול שינוי בשיעור המע"מ ישתנו סכומים אלה בהתאם.
- 7.6. הסכומים הנ"ל צמודים למדד ממדד הבסיס ואולם הם יעודכנו אחת ל-12 חודשים בלבד ולראשונה ב-1.5.2009.
- 7.7. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, תהא ביקורופא רשאית להפסיק ליתן את השירותים למשפחה המנויה לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

8. תקופת תוקפו של כתב השירות

תוקפו של כתב שירות זה כל עוד פוליסה זו בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבטחיה או במקרה בו הוסכם ע"י החברה ובעל הפוליסה על ביטול כתב השירות במהלך תקופת הביטוח או בסיומה.

אולם, מבטח אשר החל בקבלת שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי ימצא את זכותו עד לסיום אותה סדרת מפגשים לאותה שנת ביטוח בלבד.

נספח א' לפרק ט': שירותים רפואיים ייחודיים - מורחב

1. שירות ביקור רופא בבית המבוטח 24 שעות ביממה
למרות האמור בסעיף 3.2 כללי סעיף קטן 3.2.1 לכתב השירותים רפואיים ייחודיים, השירות לכיסוי ביקור רופא בבית המבוטח יהא 24 שעות ביממה בכפוף להוראות ולחריגים הנקובים בכתב השירות לשירותים רפואיים ייחודיים.

פרק ח': כתב שירות - "רופא מלווה אישי"

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

כתב שירות זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה לה צורף.

השירות

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

א. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בציודם:

1. "החברה" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
2. "מנוי" - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
3. "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות.
4. "דמי מנוי" - הסכומים המשולמים מדי חודש כתנאי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.
5. "ילד" - ילד/ה עד גיל 21 אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי/ה.
6. "הספק" - הגוף עימו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.
7. "רופא" - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג-1973.
8. "רופא מומחה" - רופא בעל תעודת תואר מומחה אשר הוצא על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל.
9. "ממין ראשי" - אחראי על אישור זכאות המנוי לשירות, על-פי מצבים רפואיים כמפורט בכתב השירות.
10. "מנהל רפואי אישי" - רופא בעל תואר מומחה ברפואה פנימית עמו התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
11. "אחות" - אחות שהוסמכה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
12. "עובד/ת סוציאלי/ת" - עו"ס שהוסמך/ה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן שירותים המפורטים בכתב שירות זה.
13. "מתאם/ת שירות" - אדם שעבר הכשרה מתאימה לתפקיד מתאם/ת שירות. מתאם/ת השירות מקיים/ת את התקשורת השוטפת עם המנוי בכל הקשור לשירות כמפורט בכתב שירות זה.
14. "מצב רפואי" - מערכת נסיבות רפואיות הקיימת בגוף המנוי, עקב מחלה או תאונה.
15. "מקרה רפואי" - מצב רפואי המתואר בכתב שירות זה אשר קיומו מקנה למנוי זכות למימוש השירות כמתואר ומפורט בכתב שירות זה.
16. "ליווי רפואי" - בדיקת שלמות תהליך הטיפול הרפואי למנוי.

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

ב. היקף השירותים:

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

השירות כולל:

1. מינוי רופא מומחה אשר ישמש כמנהל רפואי אישי. המנהל הרפואי האישי יפעיל צוות פרא-רפואי הכולל אחות ועובדת סוציאלית על-פי שיקול דעתו.
2. ריכוז וסקירת התיק הרפואי (Intake) כולל הערכה ראשונה של המקרה הרפואי על ידי המנהל הרפואי האישי.
3. פגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי. פגישות אישיות נוספות ייקבעו בהתאם לצורך רפואי ועל-פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות לא יעלה על 4 פגישות אלא אם קיים צורך רפואי מהותי אשר מצדיק פגישות נוספות.
4. הפניית התיק הרפואי להתייעצות נוספת על-פי צורך ובהחלטת המנהל הרפואי האישי לרופא מומחה בתחום הרלוונטי בארץ או בהעדר ידע או ניסיון מספק בארץ, למומחה בתחום במדינה אחרת בעולם.
5. מתן מידע אובייקטיבי במהלך הפגישות כאמור התומך בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות ואשר יצוין בדו"ח הרפואי המסכם כמפורט בסעיף 12 להלן.
6. המלצה לפניה לגורמים רפואיים ופרא רפואיים מתאימים להמשך ייעוץ/טיפול. יובהר כי התשלום בגין ייעוץ/טיפול שהמנוי הופנה אליו על ידי הספק כאמור לעיל, הינו על חשבון המנוי.

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

ג. אופן קבלת השירותים:

1. יובהר כי התנאים המוקדמים לקבלת השירותים הנם כי ברשות המנוי פוליסת בריאות תקפה של החברה, תמה תקופת האכשרה בכתב השירות, המנוי לא קיבל שירות בשנת הביטוח בה הוא מבקש את השירות, הספק אישר שהמקרה הרפואי נכלל בכתב שירות זה ובוצע בתשלום דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי.
 2. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות למוקד השירות של הספק.
 3. נזקק מנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה, הוא או נציגו, טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו או ימסור את שם המנוי, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו ופרטים נוספים ככל שיתבקש.
- בהתאם להנחיית נציג השירות יעביר המנוי את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה הרפואי וככל שיש כאלה כמפורט להלן: סיכומי אשפוזים, תוצאות ופיענוחים של בדיקות, סיכומי מחלה, ייעוצים רפואיים, טיפולים, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, תשובות פתולוגיות ו/או כל מסמך רפואי אחר. **קבלת מסמכים אלו הנה תנאי מוקדם למתן השירות כמפורט בכתב שירות זה.** כמו כן, רשאי המנהל הרפואי האישי לבקש מהמנוי מעת לעת העתקי מסמכים רפואיים נוספים.

4. הממייין הראשי יאשר את המקרה הרפואי על-פי כתב השירות בהסתמך על המסמכים הרפואיים שהתקבלו מהמנוי ויצוות למנוי מנהל רפואי אישי ומתאמת שירות.
5. הודעה על אישור/אי אישור הזכאות לשירות תימסר למנוי לא יאוחר מ-3 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה ע"י הספק.
6. רק לאחר אישור הזכאות לשירות, יבוצע חיוב בפועל של דמי ההשתתפות העצמית.
7. **תשלום השתתפות עצמית מהווה תנאי לקבלת השירות.** לא תשולם השתתפות עצמית כאמור - רשאי הספק שלא ליתן את השירות שלגביו נדרש תשלומה כאמור.
8. משך השירות - בגין מקרה רפואי שאושר, יהיה זכאי המנוי לשירות כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שלא תעלה על 90 יום מיום אישור המקרה על ידי הממייין הראשי. קבע המנהל הרפואי האישי כי קיים צורך רפואי להאריך את השירות לתקופה נוספת של 90 יום, יתאפשר הדבר בכפוף לאישור הספק ובתשלום נוסף וזהה של השתתפות עצמית.
9. מוקד השירות יהיה פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ערב יום הכיפורים החל מהשעה 14:00 ועד חלוף שעתיים משעת סיום צום יום הכיפורים.
10. לפגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי יגיע המנוי למקום בכוחות עצמו ועל חשבונו.
11. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד - למעט יהודה, שומרון וחבל עזה.
12. **על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.**

ד. זכאות לקבלת השירותים

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

1. מקרה רפואי ללא אבחנה:

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

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

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

המנוי יהיה זכאי לקבל שירות אם הינו עונה על הגדרת המחלות שלהלן ועל-פי התנאים המוקדמים המצוינים לצד אותה מחלה, אם צוינו:

2.1 סרטן (Cancer) -

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

2.1.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

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

BCC חוזר או התפשט לאיברים אחרים.

ב. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת AIDS.

2.2 מחלות כבד חריפות או כרוניות -

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

2.2.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלת כבד כתוצאה מאלכוהוליזם

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

2.3 מחלות כליות -

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

2.4 מחלות גסטרו-אנטרולוגיות כרוניות -

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

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

2.5 מחלות לב ומחלות ווסקולאריות כרוניות -

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

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

2.6 מחלות נירולוגיות ופרוצדורות פולשניות של מערכת העצבים המרכזית וההיקפית-

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

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

הפרוצדורות הפולשניות כוללות:

א. ניתוחי עמוד שדרה כולל טיפול בגידולים של חוט השדרה, פריצות דיסק בעמוד השדרה, ייצוב עמוד שדרה וטיפול בהיצריות בעמוד שדרה.

- ב. רדיוכירורגיה: טיפול בגידולי מוח תוך קרינה ממוקדת.
- ג. ניתוחי היפופיזה.
- ד. ניתוחי מוח שפירים וניתוחי בסיס הגולגולת.
- ה. טיפולים במומי כלי דם ומפרצות מוחיות, טיפולים כירורגיים, טיפולים אנדווסקולאריים, צנתורי מוח.
- ו. ניתוחי אפילפסיה.
- ז. נירוכירורגיה אנדוסקופיה.
- ח. ניתוחים לטיפול בפגיעות ראש ועמוד שדרה.

2.7 מחלות אורתופדיות -

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

2.7.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות אורתופדיות שהמני נמצא בטיפול באישפוז בגיבן פחות מ-21 יום, במועד הפנייה לשירות.

ב. מצבים רפואיים בתחום האורתופדיה אשר הינם פועל יוצא מחבלה או טראומה וטרם עברו בעת הפניה לשירות לפחות 90 יום מהחבלה ו/או הטרומה.

2.8 ניתוחים כירורגיים (פולשניים) חוזרים עקב אי הצלחה בנייתוח ראשון -

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

2.9 מחלות דם (מחלות המטולוגיות) -

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

2.10 מחלות ראומטולוגיות -

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

2.11 מחלות מטבוליות-

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

2.12. מחלות אנדוקריניות-

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

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

2.12.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

- א. סוכרת.
- ב. קומה נמוכה.
- ג. מחלות אנדוקריניות המשפיעות על הפוריות בלבד.

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

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

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

2.13.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

- א. ניתוחי כפתורים באזניים.
- ב. ניתוחי נחירות.
- ג. ניתוחים למטרות יופי ואסתטיקה.

2.14. מחלות עור -

2.14.1. קבוצה של מצבי תחלואה הפוגעים בעור. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת עור בעלת אופי כרוני בלבד. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על-פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

כמו כן, על תהליך הבירור, הייעוץ והטיפול הרפואי להתחיל לפחות 9 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.14.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

- א. אקנה.
- ב. פטרת עורית (חיצונית).
- ג. נשירת שיער.
- ד. מחלות מין.

2.15. מחלות בתחום הגניקולוגיה והמיילדות -

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

2.15.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

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

2.16. מחלות אימונולוגיות -

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

2.17. מחלות ריאה -

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

2.18. מחלות זיהומיות -

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

2.19. מחלות עיניים -

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

2.20. מחלות יתומות -

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

2.21. תחלואה משולבת -

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

2.22. מחלות ופרוצדורות בתחום רפואת הילדים -

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

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

ב. מחלות כרוניות בילדים.

ג. מחלות על רקע גנטי.

ד. מומים מולדים.

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

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

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

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

ט. אטופיק דרמטיטיס בדרגה בינונית ומעלה.

2.22.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות ריאה ילדים:

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

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

ג. הפרעות קשב וריכוז.

ד. ניתוח כפתורים באוזניים.

ה. ניתוחי בקע - Hernia.

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

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

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

2.23.2. מקרה רפואי אינו כולל כל אחד מאלה:

מצבים רפואיים אשר בעת הפנייה לשירות המנוי הינו מאושפז במצב סיעודי ו/או סופני.

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

2.25. חריגים כלליים:

הספק לא יהיה חייב במתן שירות על-פי כתב שירות זה במצבים הרפואיים הבאים:

2.25.1. השתלת איברים בישראל או בחו"ל.

2.25.2. מצבים רפואיים ו/או פרוצדורות הקשורות בפוריות ו/או עקרות למעט מקרה רפואי

2.25.3. של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.

2.25.4. מחלות פסיכיאטריות במבוגרים ו/או מחלות נפש.

2.25.5. מצבים הקשורים באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה השמנת יתר, למעט ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד.

2.25.6. מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים ופה ולסת.

2.25.7. תוצאה ישירה ו/או עקיפה של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).

- 2.25.8. מחלת פיברומיאלגיה.
- 2.25.9. מחלת נירופתיות.
- 2.25.10. תסמונת עייפות כרונית.
- 2.25.11. עיוורון מוחלט ובלתי הפיך.
- 2.25.12. שבץ מוחי (CVA).
- 2.25.13. ורידים ודליות ברגליים.
- 2.25.14. כוויות קשות כשהמני נמצא באשפוז במסגרת מוסד רפואי.
- 2.25.15. אלרגיות.
- 2.25.16. חולים הנמצאים במהלך אשפוז של פחות מ-21 ימים רציפים.
- 2.25.17. כל מחלה שאינה מפורטת ברשימת המחלות שפורטו בסעיף ד' לעיל.

ה. אחריות

החברה והספק לא יהיו אחראים באופן כלשהו לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

1. הבדיקות, ההתייעצויות, הפרוצדורות והטיפולים הרפואיים אשר אליהם יופנו המנויים.
2. כל נזק, הפסד, אובדן, הוצאה או תוצאה אחרת, מכל מין ו/או סוג שהוא, לרבות שכ"ט עו"ד, שייגרמו לגוף או לרכוש של מאן דהוא, לרבות המנויים, בקשר עם התייעצויות, בדיקות, טיפולים, ופרוצדורות רפואיות אליהם הופנו מנויים, בין במישרין ובין בעקיפין, בגין מעשה או מחדל, לרבות רשלנות מקצועית או אחרת של נותני השירות שהפנה אליהם הספק ו/או כל נזק אחר שייגרם בשל מעשה או מחדל של נותני השירות אליו מופנים המנויים ע"י הספק או מי מטעמו.
3. הוצאות שהוציא מני עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.

ו. תוקפו של כתב השירות

1. תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
 - 1.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא.
 - 1.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד, בהתאם לחוק חוזה הביטוח.
 2. על אף האמור לעיל, במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, רשאית החברה להפסיק מתן השירותים על-פי כתב שירות זה לכלל המנויים, לאחר שהודיעה על כך בכתב למנויים 60 יום מראש.
 3. על אף האמור לעיל, במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר למתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מחוייב הספק להשלים מתן שירותים נשוא כתב שירות זה, למנויים אשר נמצאים במהלך תקופת השירות ולא יותר משלושה חודשי שירות כולל תקופת ההודעה מראש למנויים על הפסקת השירות.
 4. מובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים נשואי כתב שירות זה.
- מנוי שהתחיל בקבלת שירות נשואי כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלים, תפקע זכותו לאחר סיום השלמת השרות.

ז. תנאי הצמדה

1. כל התשלומים על-פי כתב שירות זה, לרבות דמי המנוי צמודים למדד באופן שאם המדד החדש יעלה על מדד הבסיס, יגדל התשלום בשיעור עליית המדד החדש לעומת מדד הבסיס.
 - 1.1. "המדד" משמעו מדד המחירים לצרכן כולל פירות וירקות המתפרסם מדי פעם בפעם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וכולל אותו מדד אף אם יתפרסם ע"י כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיתפרסם על ידי גוף או מוסד כאמור ואותו גוף או מוסד לא קבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המחולף, יקבע היחס האמור ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
 - 1.2. "מדד החדש" משמעו המדד הידוע ביום התשלום.
2. סכום דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח. הסכום הנ"ל צמוד למדד הבסיס ויעודכן אחת ל-12 חודשים בלבד ולראשונה ב-1.12.2010.

ח. שונות

1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
2. הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטחת, ייחשבו כהודעות שנמסרו למנויים.
3. המנוי והחברה מתחייבים להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם, ולא תישמע מפיהם הטענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה אליהם, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.
4. כל הודעה לחברה תימסר בכתב.

פרק ט': כתב שירות -

מרכז פרטי לאבחון רפואי מהיר

1. הגדרות

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

- 1.1 **ספק השירות** - אנשי הצוות הרפואי, המעבדות, המכונים, האמצעים הטכנולוגיים ועובדי הגוף עימו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.
- 1.2 **המבטחת או חברת הביטוח** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.3 **מנוי** - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה, אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
- 1.4 **ילד** - ילד עד גיל 21 אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי/ה.
- 1.5 **תוכנית הביטוח** - תוכנית ביטוח של המבטחת, המאפשרת למבוטח להיות מנוי על כתב שירות זה, כל עוד כתב השירות בתוקף (כמפורט בסעיף 7 להלן).
- 1.6 **דף פרטי הביטוח** - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות.
- 1.7 **רופא** - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג-1973.
- 1.8 **רופא מומחה** - רופא בעל תעודת תואר מומחה אשר הוצא על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל.
- 1.9 **רופא ממיין** - רופא בעל תעודת תואר מומחה עמו התקשר ספק השירות בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
- 1.10 **מוקד השירות** - שירות טלפוני הפעיל בכל ימות השנה (למעט בשבת, ערבי שבת וחג), עד השעה 19:00, שיפעיל הספק עבור המנויים לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה. מספר הטלפון של מוקד השירות של ספק השירות עבור מנוי הראל הוא: 159-9-50-30-60
- 1.11 **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - בדיקות המבוצעות למנוי במסגרת תהליך אבחון המבוצע מכוח כתב שירות זה, כגון בדיקות פיסיולוגיות, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמייה למעט הבדיקות המוחרגות בסעיף 3 להלן.
- 1.12 **תהליך אבחון (Diagnosis)** - תהליך רפואי שעובר מנוי כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה, על-פי סימנים ותסמינים, באמצעות רופא מומחה ובדיקות רפואיות אבחנתיות.
- 1.13 **אשפוז** - שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי על-פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, לפחות 24 שעות ברציפות, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז, למעט מחלקות שיקום.
- 1.14 **תקופת אכשרה** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי ממועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, ותסתיים בתום 60 יום. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לכתב השירות מחדש, בתקופת שירות בלתי רצופה. **הספק לא יספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה.**
- 1.15 **השתתפות עצמית** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים עפ"י כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק לפי קביעת הספק ובשום מקרה ואופן לא באמצעות החברה.
- 1.16 **המדד** - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

1.17. מדד הבסיס - מודד 11962 אשר פורסם ביום - 15.7.11.

1.18. חג - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

2. שירות אבחון

2.1. השירות

2.1.1. המנוי יהא זכאי לתהליך אבחון כמפורט להלן:

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

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

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

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

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

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

2.1.1.6. תהליך אבחון בסיסי

במסגרת תהליך האבחון יהא המנוי זכאי לפגישה ראשונית עם רופא ממין אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון. בדיקות אלו ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות בסמוך למועד הפגישה הראשונית כאמור לעיל. בסיום הבדיקות ימסור הרופא הממין דו"ח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון. כאמור בסעיף 2.1.1.1 לעיל, על המנוי לשלם בגין תהליך האבחון המתואר בסעיף זה לעיל השתתפות עצמית בסך 180 ₪.

2.1.1.7 תהליך אבחון מקיף

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

2.1.1.8 אבחון גניקולוגי

בנוסף כאמור בסעיפים 2.1.1.7-2.1.1.6 לעיל, במקרה של צורך באבחון מצבי תחלואה בתחום הגניקולוגיה, הרופא הממין יהיה רופא מומחה בתחום הגניקולוגיה. ההשתתפות העצמית במקרה זה תהיה כמפורט להלן:

לתהליך אבחון על-פי סעיף 2.1.1.6 לעיל: סך של 300 ₪.

לתהליך אבחון על-פי סעיף 2.1.1.7 לעיל: סך של 700 ₪ במצטבר (יובהר כי במקרה זה לא תיגבה השתתפות עצמית נוספת וסך זה הנו כולל גם את השירות כאמור בסעיף 2.1.1.6 לעיל).

2.1.1.9 בדיקות עבור ילד מנוי עד גיל 14

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

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

2.1.1.11 ספק השירות יפעל, בכפוף לאילוצים ושיקולים רפואיים, לרכז את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות במסגרת תהליך האבחון במספר ימים מצומצם כמפורט בסעיפים לעיל. ספק השירות יפעל לביצוע בדיקות שאינן מחייבות הכנה מוקדמת (צום, נטילת תרופות וכיו"ב) במסגרת יום אחד, בכפוף לאילוצים רפואיים. בדיקות המחייבות הכנה מוקדמת יבוצעו במועד שייקבע בין ספק השירות למנוי ובכל מקרה תוך הזמן המפורט בסעיפים 2.1.1.7-2.1.1.6 לעיל.

2.1.1.12. אשפוז בחדר פרטי אצל ספק השירות במהלך בדיקות אבחון או לאחר ניתוח

במקרה של ביצוע בדיקה במסגרת תהליך האבחון או ניתוח אצל ספק השירות, אשר בעקבותיהם נזקק המנוי לאשפוז, יהיה זכאי המנוי למימון הוצאות האשפוז בחדר פרטי בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מההוצאה בפועל ולא יותר מסך השתתפות עצמית של 200 ₪ ליום. ספק השירות יפעל להשלים את תהליך האבחון וגיבוש המסקנות תוך מספר הימים הקטן ביותר, בכפוף לאילוצים רפואיים. בכל מקרה לא תעלה התקופה על 3 ימי עבודה ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת.

3. חריגים

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

4. אחריות

- האחריות בגין שירות האבחון ו/או תהליך האבחון ו/או תוצאות תהליך האבחון ו/או ההמלצות הניתנות במרכז האבחון, תחול על ספק השירות בלבד ו/או הצוות הרפואי הפועל מטעמו, והמבטחת לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 4.1. כל נזק, הפסד, אובדן, הוצאה או תוצאה אחרת, מכל מין ו/או סוג שהוא, לרבות שכ"ט עו"ד, שייגרמו לגוף או לרכוש של מאן דהוא, לרבות המנויים, בקשר עם תהליך האבחון נשוא כתב שירות זה, בין במישרין ובין בעקיפין, בגין מעשה או מחדל, לרבות רשלנות מקצועית או אחרת של הספק ו/או כל נזק אחר שייגרם בשל מעשה או מחדל של נותני השירות אליו מופנים המנויים ע"י הספק או מי מטעמו.
 - 4.2. תוצאות האבחון, האבחנות שנמצאו, ואופן יידוע המבוטח ו/או המנוי באשר לתוצאות האבחון והאבחנות שנמצאו.
 - 4.3. המלצות לטיפול שהומלצו למבוטח ו/או למנוי במסגרת תהליך האבחון, ו/או טיפולים כלשהם שביצע המבוטח ו/או המנוי בעקבות תהליך האבחון וההמלצות לטיפול שהומלצו בו.

5. כללי

- 5.1. הזכות לקבלת השירות על-פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר. קבלת השירות מותנית בהצגת תעודה מזהה לשביעות רצון ספק השירות.

- 5.2. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו, גם אם מסר על ביטול הפנייה למי מנציגי ספק השירות שיצר עמו קשר טלפוני או לנותן איזה מהשירותים על-פי כתב שירות זה.
- 5.3. בכל ענין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות.
- 5.4. המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו, במספר הטלפון של ביתו ועל כל שינוי בבני המשפחה המנויה.
- 5.5. בשבת, בערבי שבת וחג וכל יום לאחר השעה 19:00 לא תתקיים פעילות שירות אבחון.
- 5.6. במקרה שפעילות ספק השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע כתוצאה מפעולות מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, פעולות טרור, איתני הטבע, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת ספק השירות, יהיו תנאי כתב השירות או כל חלק מהם שספק השירות לא יהא מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני ספק השירות יפגע, יושהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך אותה תקופה.
- 5.7. **יובהר כי המבטחת לא תהא אחראית על הוצאות שהוציא המנוי, החורגות מהשירות המפורט בכתב שירות.**

6. השתתפות עצמית

- 6.1. המנוי ישלם השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 2 לעיל, עבור כל תהליך אבחון. התשלום יכלול למנוי את הזכאות למפורט להלן:
- 6.1.1. מפגש ראשוני עם רופא ממיין.
- 6.1.2. כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות לשם אבחון מצבו הרפואי של המנוי, על-פי סוג האבחון המפורט לעיל (בסיסי ומקיף) כפי שיקבעו על ידי רופא ממיין במהלך המפגש הראשוני, ועל-פי שיקול דעתו הבלעדי.
- 6.1.3. דו"ח אבחון ושיחת סיכום עם רופא ממיין.
- 6.2. הסכומים האמורים (לרבות סכומי ההשתתפות העצמית) כוללים מע"מ בשיעור של 16%. היה יוחול שינוי בשיעור המע"מ, ישתנו סכומים אלה בהתאם.
- 6.3. הסכומים המפורטים לעיל צמודים למדד הבסיס ויעודכן אחת לחודש.
- 6.4. **במקרה שהמנוי קיבל התחייבות מקופת החולים בה הוא חבר, למימון בדיקות הדרושות לתהליך האבחון כמפורט בסעיף 2.1.1.7 לעיל, תופחת ההשתתפות העצמית בהתאם, אך בכל מקרה ישלם המנוי השתתפות עצמית שלא תפחת מ-180 ₪.**
- 6.5. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא ספק השירות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

7. תקופת תוקפו של כתב השירות

- 7.1. תוקף כתב השירות יהיה 12 חודשים ממועד תחילת תוקפה של תוכנית הביטוח (או ממועד הוספת כתב השירות לתכנית הביטוח), והוא יחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 12 חודשים כל אחת, ללא צורך בהצהרת בריאות, או בדיקה רפואית, יהא מצבו הרפואי של המנוי אשר יהא, אלא אם כן יוחלט על ידי המנוי ו/או חברת הביטוח שלא לחדשו.
- 7.2. כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של תוכנית הביטוח או שזו תבוטל ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.

- 7.3. הפרמיה וההשתתפות העצמית בגין כתב שירות זה יהיו צמודים כמפורט בסעיף 6.3 לעיל. בנוסף, אם יידרש בהתאם לתוצאות העסקיות, יעודכנו הסכומים האמורים אחת ל-12 חודשים בלבד.
- 7.4. על אף האמור בסעיף 7.1 לעיל, יהיו חברת הביטוח ו/או ספק השירות רשאים להביא את תוקפו של כתב שירות זה לסופו בכל עת, בכפוף להודעה מוקדמת בת 90 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות, בהתאמה.
- מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על-פי כתב שירות זה, לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד לקבלת השירות לפני תום תקופת תוקפו, אך טרם קיבל את השירות בפועל. במקרה שהמנוי התחיל בתהליך אבחון נשוא כתב השירות לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את התהליך יושלם התהליך עד סופו.

פרק י': כתב שירות - לחיות בריא -

שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בציודם.

- 1.1. **ביקורופא** - חברת ביקורופא בע"מ.
- 1.2. **המבטחת או חברת הביטוח** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.3. **פוליסת הביטוח** - פוליסת ביטוח בריאות של המבטחת, הכוללת כתב שירות לשירותי רפואה מונעת ואיכות חיים.
- 1.4. **מבוטח** - עובד פעיל אצל המבוטח ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדיהם עד גיל 21 אזרחי ארץ ישראל ששמום נקוב בקובץ הנתונים שיועבר מידי חודש לחברה על ידי המבוטח.
- 1.5. **המנוי או המשפחה המנויה** - מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.6. **נותני השירות** - נותני השירות באחד התחומים המפורטים להלן, אשר ביקורופא התקשרה עימם בהסדר למתן השירותים נשואי כתב שירות זה.
- 1.7. **רופא** - רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רשיון לעסוק ברפואה.
- 1.8. **מטפל** - מטפל, הרשאי על-פי דין ליתן את השרות הרלוונטי למבוטח, ואשר ביקורופא התקשרה עמו בהסכם בקשר למתן שרות למנוייה.
- 1.9. **דיאטן** - דיאטן קליני בעל הסמכה רשמית, אשר ביקורופא התקשרה עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
- 1.10. **תזונאי** - תזונאי בעל הסמכה רשמית, אשר ביקורופא התקשרה עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
- 1.11. **קלינאי תקשורת** - קלינאי תקשורת בעל הסמכה רשמית, אשר ביקורופא התקשרה עימו למתן השירות למנוייה.
- 1.12. **מאמן כושר גופני** - מאמן בעל הסמכה רשמית ממכון וינגייט או סמינר הקיבוצים, אשר ביקורופא התקשרה עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
- 1.13. **מוקד השירות** - מוקד טלפוני ארצי בקו ירוק מס' 1-800-260-660 (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.
- 1.14. **המדד** - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.15. **מדד הבסיס** - כמפורט בפוליסה.
- 1.16. **חג** - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

2. שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים

המנוי יהיה זכאי לקבל שירותים כמפורט להלן:

- 2.1. **יעוץ דיאטטי ותזונה נכונה**
 - 2.1.1. השירות כולל מתן ייעוץ דיאטטי ותזונה נכונה, תוך התאמת תפריט ותוכנית דיאטה אישית.
 - 2.1.2. השירות ניתן ע"י דיאטן קליני או תזונאי, עפ"י בחירת המבוטח.
 - 2.1.3. השירות כולל ייעוץ טלפוני ראשוני ע"י מבצע הטיפול, וסדרה בת 10 פגישות טיפוליות נוספות, לכל שנת ביטוח, משך כל פגישה כ-45 דקות.
 - 2.1.4. השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.

2.2 הרזיה רפואית

- 2.2.1 השירות כולל מתן יעוץ רפואי להרזיה ושמירה על משקל הגוף לאורך זמן. במסגרת השירות יקבל המנוי ערכת טיפול אישי המכילה רשימת תוספי מזון, תפריט אישי ויעוץ לפעילויות משלימות (כגון ספורט).
- 2.2.2 השירות ניתן ע"י רופא מוסמך.
- 2.2.3 השירות כולל סדרה בת 12 פגישות טיפוליות, לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-45 דקות.
- 2.2.4 השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.

2.3 ליקויי למידה

- 2.3.1 השירות כולל מתן יעוץ ותמיכה ע"י קלינאי תקשורת, לאבחון וטיפול בבעיות ליקויי למידה בילדים עד גיל 14.
- 2.3.2 השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים בליקויי למידה בהוראה מתקנת ו/או בשיטת אלבאום.
- 2.3.2 השירות כולל סדרת מפגשים כמפורט להלן:
 - א. עד 2 פגישות למטרת אבחון שאורך כל פגישה 90 דקות.
 - ב. עד 10 פגישות למטרות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-45 דקות.
- 2.3.3 השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.

2.4 גמילה מעישון

- 2.4.1 השירות כולל מתן טיפול לגמילה מעישון בשיטת הדיקור הסיני ובשילוב צמחי מרפא על-פי הצורך.
- 2.4.2 השירות ניתן ע"י מטפל מוסמך.
- 2.4.3 השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-45 דקות.
- 2.4.4 השירות יינתן בקליניקה של המטפל.

2.5 הפגת מתחים

- 2.5.1 השירות כולל מתן טיפול להפגת מתחים, באחד מן התחומים הבאים: שיאצו, רפלקסולוגיה, עיסוי רקמות, טווינא, שיטת אלכסנדר, יוגה, פלדנקרייז.
- 2.5.2 השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים.
- 2.5.3 השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-50 דקות.
- 2.5.4 השירות יינתן בבית המבוטח.

2.6 מאמן אישי - טיפוח כושר גופני

- 2.6.1 השירות כולל מתן שיעורי אימון כושר גופני ע"י מאמן אישי מוסמך תוך בניית תכנית אימונים אישית המותאמת למנוי, כולל חיטוב הגוף, חיזוק שרירים ושיפור סיבולת לב-ריאה.
- 2.6.2 השירות ניתן ע"י מאמן כושר מוסמך.
- 2.6.3 השירות כולל סדרה בת 10 אימונים עם מאמן כושר מוסמך לכל שנת ביטוח. משך כל אימון כ-60 דקות.
- 2.6.4 השירות יינתן בבית המבוטח.

2.7 רשת מכוני כושר

- 2.7.1 השירות כולל זכאות למנוי שנתי מוזל במכון כושר אשר התקשר בהסכם לעניין זה עם ביקורופא.
- 2.7.2 רשימת מכוני הכושר המלאה והמעודכנת נמצאת במוקד השירות. הרשימה תתעדכן מעת לעת.

3 כללי

- 3.1 נזקק המנוי לשירות באחד מן התחומים כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומספר תעודת הזהות שלו.
- 3.2 מוקד השירות יפנה את המנוי לנותן השירות לאחר שיוודא כי הפונה מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את השירותים על-פי כתב שירות זה.
- 3.3 תיאום מתן השירות יעשה בתוך 48 שעות מקבלת הפנייה (לא כולל סופי שבוע וחגים).
- 3.4 עם תום פגישת הייעוץ או הטיפול, יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר כי נותן השירות ביצע את פגישת הייעוץ או הטיפול.
- 3.5 השירותים עפ"י כתב שירות זה, לא יינתנו במקרים שעל-פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של נותן השירות, הינם מקרים שיכולים לסכן את בריאותו של המנוי.
- לנותני השירות, על-פי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקק המנוי לטיפול אחר, שלא לטפל בו.
- 3.6 השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.
- 3.7 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו, גם אם מסר על ביטול פנייתו לנותן השירות.
- 3.8 מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל מובהר, כי נותן השירות, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי, להוריו, או לכל אדם אחר, תוך כדי ו/או עקב מתן השירות, אם בשל מעשה ואם בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ביקורופא ו/או המבטחת אינן ולא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.
- 3.9 מחויבותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפול הפניה של מנוי לקבלת השירות תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:
 - 3.9.1 הפנית המנוי לנותן השירות.
 - 3.9.2 ביטול הפנייה לקבלת השירות על ידי הודעת המנוי למוקד השירות.
- 3.10 אחריות בגין איכות השירות ו/או בגין רשלנות מקצועית תחול על נותן השירות הרלבנטי בלבד, וביקורופא לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
 - 3.10.1 איכות הטיפולים נשואי כתב שירות זה.
 - 3.10.2 רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים נשואי כתב שירות זה.
 - 3.10.3 הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 3.11 על אף האמור בכתב שירות זה, ביקורופא לא תהא מחויבת על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי בנותני שירות או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות ביקורופא למנוע.
- 3.12 הזכות לקבלת השירות על-פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

3.13. למרות האמור בסעיפים 2.5 ו-2.6 השירותים המפורטים בהם יינתנו למנויים ביישובים יהודה, שומרון, חבל עזה, ויישובי בקעת הירדן והערבה, בכתובות שתימסרנה על ידי מוקד השירות, ואליהן יגיעו בעצמם ועל חשבונם.

4. השתתפות עצמית

המנוי ישלם דמי השתתפות עצמית ישירות לנותן השירות כמפורט להלן:

סוג המפגש סוג השירות	מפגש ראשון	כל פגישה נוספת (עד לתקרת המפגשים)	כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים
יעוץ דיאטטי ותזונה נכונה	₪95	₪75	אין
הרזייה רפואית	₪75	₪150	אין
ליקוי למידה: א. מפגשי אבחון	הנחה בת 25% ממחיר המחירון של נותן השירות שבהסדר.		
ב. מפגשי טיפול	₪150	₪150	אין
גמילה מעישון	₪135	₪95	אין
הפגת מתחים	₪100	₪100	₪150
מאמן אישי - טיפוח כושר גופני	₪100	₪100	₪125
רשת מכוני כושר	הנחה בת 25% ממחיר המחירון של מכון הכושר		

4.1. הסכומים האמורים כוללים מע"מ בשיעור של 17%. היה ויחול שינוי בשיעור המע"מ ישתנו סכומים אלה בהתאם.

4.2. הסכומים הנ"ל צמודים למדד הבסיס ואולם הם יעודכנו אחת ל-12 חודשים בלבד.

4.3. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, תהא ביקורופא רשאית להפסיק ליתן את השירותים למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

5. בחירת נותני השירות

5.1. המנוי יהיה זכאי לבחור את נותן השירות מתוך רשימת נותני השירות שבהסדר, בהתאם לתחום השירות המבוקש.

5.2. למנוי הזכות להחליף את המטפל, ובמקרה זה ביקורופא תעשה כמיטב יכולתה על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר עמו התקשרה ביקורופא בהסכם, ובלבד שהחלפת המטפל לא תסתור את שיקול הדעת של המטפל המקורי בפועל.

6. תקופת תוקפו של כתב השירות:

תוקפו של כתב שירות זה כל עוד פוליסה זו בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבוטחיה או במקרה בו הוסכם ע"י החברה ובעל הפוליסה על ביטול כתב השירות במהלך תקופת הביטוח או בסיימה.

אולם, מבוטח אשר החל בקבלת טיפולים מנותן השירות ימצא את זכותו עד לסיום אותה סדרת טיפולים לאותה שנת ביטוח בלבד.

פרק י"א - כתב שירות - "רפואה אישית און ליין"

ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו ומרפאות לרפואה ראשונית

אם צוין בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה הינו בתוקף, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן.
כתב שירות זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה ו/או מכתב השירות לו צורף.
השירות הניתן על פי כתב שירות זה ניתן על ידי ספק שירות, שאינו החברה, בהתאם לתנאים ולמגבלות המפורטים להלן.

1. השירות

שירות זה מאפשר למנוי לקבל ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו, באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט, עם רופא בתחום המשפחה והילדים ועם רופא מומחה בתחומים הקבועים להלן והמשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית במידת הצורך לפי קביעת הרופא המייעץ.
מתן השירות כפוף למיכשור טכנולוגי מתאים של המנוי וייתכן בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות להלן.

2. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בציודם:

- 2.1 "אתר האינטרנט של הספק" - כתובת האתר הינה - virtualclinic.bikurofe.co.il וניתנת לשינוי ו/או לעדכון בכל עת.
- 2.2 "החברה" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 2.3 "הפוליסה" - הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה.
- 2.4 "מנוי" - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו ומספר תעודת הזהות שלו נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
- 2.5 "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל פרטים הנוגעים לכתב השרות.
- 2.6 "דמי מנוי" - הסכום בגין כתב שירות זה שעל המנוי לשלם לחברה, על-פי תנאי כתב שירות זה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
- 2.7 "ילד" - עד גיל 21 אשר שמו ותעודת זהותו נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
- 2.8 "הספק" - הגוף עמו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.
- 2.9 "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כבית חולים כללי בלבד, למעט מוסד שהוא סנטריום, בית החלמה, בית הבראה או מוסד שיקומי.
- 2.10 "מחלקה לרפואה דחופה / חדר מיון" - אגף הצמוד לבית החולים והנו חלק בלתי נפרד ממנו, אשר הוכר כחדר מיון על ידי הרשויות המוסמכות.
- 2.11 "רופא" - אדם שהוסמך, על ידי השלטונות המוסמכים בישראל, כרופא והנו בעל רישיון ממשרד הבריאות לעסוק ברפואה.
- 2.12 "רופא מומחה" - רופא בעל תואר מומחה ברפואה, אשר הוצא על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל ושמו כלול ברשימת הרופאים, לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973; וספק השירות התקשר עימו בהסכם למתן השירות.
- 2.13 "רופא מייעץ" - רופא משפחה (כהגדרתו להלן), רופא מלר"ד, רופא ילדים (כהגדרתו להלן) או רופא מומחה לרפואה פנימית מטעם הספק, לצורך מתן השירות לפי כתב שירות זה.
- 2.14 "רופא משפחה" - רופא מומחה כהגדרתו לעיל בעל התמחות ברפואת משפחה, המשמש כרופא משפחה באחת מקופות החולים או בית חולים בישראל.

- 2.15. "רופא ילדים" - רופא מומחה כהגדרתו לעיל בעל התמחות בילדים, המשמש כרופא ילדים באחת מקופות החולים או בית חולים בישראל.
- 2.16. "מוקד השירות" או "המוקד" - שירות טלפוני שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה, בשעות הפעילות המצוינות בנוגע לשירותים כאמור.
- מספר הטלפון של מוקד השירות של הספק עבור מנויי הראל הוא: 1-800-260-660
- 2.17. "המועד הקובע" - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
- 2.18. "השתתפות עצמית" - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו, כתנאי לקבלת שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בכתב שירות זה. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק. יובהר כי ההשתתפות העצמית משולמת בנפרד בגין כל מנוי ובגין שירות עבורו מצוין כי קיימת השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 3 להלן.
- 2.19. "נותן שירות" - רופא/ה, רופא/ה מומחה, מרפאה לרפואה ראשונית וכל גורם אחר, המספק שירות המפורט בכתב שירות זה, ואשר הספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות או במועד קבלת השירות בפועל, לפי הענין.
- 2.20. "תקופת השירות" - תקופה שתחל מהמועד הקובע וסיומה במועד סיום כתב השירות עבור המנוי מכל סיבה שהיא, בהתאם ובכפוף לאמור בכתב שירות זה.
- 2.21. "מרפאה לרפואה ראשונית" - מרפאה של ספק השירות לקבלת טיפולים לרפואה ראשונית וביניהם רנטגן, תפירות, משטח גרון, אינהלציה, ספירת דם, מעבדת שתן, אק"ג, גיבוס, אורטופדיה ועוד.

3. פירוט השירותים

השירותים הכלולים בכתב שירות זה כמפורט להלן, ושירותים אלו בלבד:

- 3.1. יעוץ רפואי מקוון לרפואה ראשונית עם רופא מומחה בתחומי רפואת משפחה וילדים
- 3.1.1. המנוי יהיה זכאי ליעוץ רפואי מקוון עם רופא מייעץ ברפואה ראשונית. מובהר במפורש כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותים מקוונים בלבד, באמצעות שיחת וידאו, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם ינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של הרופא המייעץ ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של הרופא לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שירות מקוון וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים. למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא יימנע הייעוץ המקוון עם נותן השירות, והיה ולפי שיקול דעת הרופא לא ניתן ליתן את השירות ללא בדיקה פיזית של המבוטח, יודיע זאת לפונה הרופא עצמו.
- 3.1.2. מספר היעוצים הרפואיים המקוונים אותם רשאי המנוי לממש במהלך תקופת השירות הנו ללא הגבלה
- 3.1.3. היעוצים הרפואיים המקוונים הינם ללא השתתפות עצמית.
- 3.1.4. השירות על פי סעיף זה יינתן במועדים הבאים בימים א' - ה' מהשעה 18:00 ועד השעה 06:00, ובימי ו' מהשעה 14:00 עד יום א' בשעה 06:00. למעט יום כיפור בין השעות 14:00 בערב כיפור ועד שעתיים לאחר שעת סיום צום יום הכיפורים.
- 3.1.5. הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיף זה יתקיים עד 30 דקות מרגע קבלת הפנייה קרי - אישור בקשת השירות באתר האינטרנט של הספק או במוקד השירות, ובלבד שהפנייה תתקבל במסגרת שעות הפעילות המפורטות נכונות בסעיף 3.1.4 לעיל.
- 3.1.6. הרופא המייעץ ייתן למנוי מידע והכוונה רפואית, ככל שיידרשו לפי שיקול דעתו הבלעדי, ובין היתר, יבצע (במידת הצורך) את הפעולות הבאות:
- 3.1.6.1. מסירת אמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי או מהורי הילד המנוי.

- 3.1.6.2. מתן מרשם רפואי לרכישת תרופות ראשוניות בהתאם לשיקול דעתו המקצועי. המרשם יימסר באמצעות דוא"ל או פקס או באמצעי אלקטרוני אחר אשר זמין באופן סביר לרשות הרופא. המרשם יהיה חתום דיגיטלית לרכישה ברשתות ה"סופר פארם".
- 3.1.6.3. מתן הפנייה לחדר מיון באמצעות דוא"ל או פקס.
- 3.1.6.4. מתן המלצה להפניית המנוי להמשך טיפול לפי שיקול דעתו המקצועי והמלצותיו של הרופא המייעץ.
- 3.1.6.5. משלוח סיכום ייעוץ למנוי באמצעות דוא"ל או פקס.
- 3.1.6.6. **השירות אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי.**

3.2. רפואת מומחים - ייעוץ רפואי מקוון על ידי רופא מומחה

- 3.2.1. המנוי יהיה זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא מומחה **תוך 24 שעות** ממועד קבלת אישור בקשת השירות, מרשימת נותני השירות הקיימת באתר האינטרנט של הספק. מובהר כי רשימת הרופאים המומחים בכל תחום בגין סעיף זה, תכלול רופאים בעלי ניסיון של 5 שנים ומעלה מתום ההתמחות שלהם.
- 3.2.2. השירות יינתן במקרים המאפשרים על פי נסיבותיהם מתן ייעוץ רפואי מקוון, על-פי שיקול דעתו של הרופא המומחה, בתחומי הרפואה הבאים:
א.א.ג (אף אוזן גרון), אונקולוגיה, אורולוגיה, אלרגיה, אורטופדיה, אנדוקרינולוגיה, המטולוגיה, גניקולוגיה, גסטרו ילדים, כירורגית ילדים, כירורגיה, קרדיולוגיה, נירולוגיה, כאב, נפרולוגיה ויתר לחץ דם, עור.
- 3.2.3. הרופא המומחה יהיה רשאי על פי שיקול דעתו, להודיע למנוי כי הנסיבות אינן מאפשרות מתן ייעוץ רפואי מקוון. האמור בסעיף 3.1.1 לעיל, לעניין שיקול דעתו של הרופא יחול גם לעניין ייעוץ רפואי מקוון על ידי רופא מומחה בסעיף זה.
- 3.2.4. בסיום הייעוץ, יקבל המנוי חוות דעת רפואית של הרופא המומחה, הכוללת סיכום ייעוץ והמלצות להמשך טיפול. במידת הצורך תכלול חוות הדעת את אחד מהבאים: מרשם לצורך רכישת תרופה, הפנייה לבית חולים או למרפאה לרפואה ראשונית.
- 3.2.5. המנוי יעביר את המסמכים הרפואיים הרלוונטיים (צילומים, בדיקות וכו') עד שעה לפני הייעוץ הרפואי עם המומחה. ניתן להעביר את המסמכים באמצעות אתר האינטרנט של הספק, בפקס או באמצעי אלקטרוני אחר אשר זמין באופן סביר לרשות הרופא המומחה. יובהר כי העברת המסמכים הנה כלי עזר מהותי לאפקטיביות של הייעוץ הרפואי המקוון.
- 3.2.6. מנוי שיהיה מעוניין, יהיה רשאי לקבלת שירות איסוף מידע לקראת ייעוץ רפואי מקוון ממומחים, בהשתתפות עצמית של 90 ש. במקרה זה יתואם מועד חדש לייעוץ עם רופא מומחה. **איסוף המידע יתבצע בתאום מראש עם מוקד השירות במקומות שמהם ניתן לבצע איסוף.**
- 3.2.7. **עבור כל ייעוץ רפואי מקוון על פי סעיף זה, ישלם המנוי במישרין לספק, השתתפות עצמית בסך 100 ש.**

3.3. המשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית

- 3.3.1. מנוי אשר קיבל ייעוץ רפואי מקוון לרפואה ראשונית כאמור בסעיף 3.1 לעיל או אשר ביצע ייעוץ רפואי מקוון ממומחים כאמור בסעיף 3.2 לעיל יהיה רשאי לקבל המשך טיפול ראשוני במרפאות לרפואה ראשונית מטעם הספק במהלך 24 השעות העוקבות לייעוץ הרפואי המקוון, ובתנאי שהרופא המייעץ ו/או הרופא המומחה, לפי העניין, קבע כי על המנוי לפנות למרפאה לרפואה ראשונית להמשך טיפול או ביצוע בדיקות נוספות. השירות במרפאות לרפואה ראשונית יינתן בתנאים הבאים:
- 3.3.1.1. השירות יינתן במרפאות לרפואה ראשונית מטעם הספק בלבד אשר יועדו לשירות זה ובשעות הפעילות של המרפאה. מובהר, כי לא ינתן החזר כספי בגין טיפולי המשך שניתנו במרפאות שאינן מרפאות של הספק, מכל סיבה שהיא, לרבות מרחק מגוריו של המנוי ממרפאותיו של הספק.
- 3.3.1.2. מנוי שהגיע למרפאה לרפואה ראשונית, בהתאם להוראות סעיף 3.3.1 לעיל, יתקבל במרפאה ללא צורך בתהליך רישום.
- 3.3.1.3. ישורין תור למנוי על ידי הספק, בטרם הגיעו למרפאה.
- 3.3.1.4. המנוי יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הניתנים במסגרת המרפאה אליה הגיע, ללא השתתפות עצמית.
- 3.3.2. בתום הטיפול במרפאה הראשונית המנוי יקבל סיכום טיפול והפנייה לחדר מיון במידת הצורך.
- 3.4. השירותים על פי סעיפים 3.1-3.3 לעיל, יינתנו על ידי נותני שירות, כהגדרתו של מונח זה בהגדרות לעיל, ובתנאי שהמנוי פנה לאתר הספק או למוקד השירות בטרם קבלת השירות. המנוי אינו זכאי לשיפוי או כל תשלום אחר במידה וקיבל איזה מהשירותים שלא באמצעות המוקד או אתר הספק ואו שלא מנותן השירות.
- 3.4.1. יובהר כי המידע הרפואי ו/או הייעוצים הרפואיים שיינתנו במסגרת כתב שירות זה, הינם שירותים הניתנים בהסתמך על המידע הנמסר על ידי המנוי ו/או הוריו הילד המנוי ובהתבסס על מידע זה בלבד.
- 3.4.2. מובהר, כי בכל מקרה של בעיה דחופה, מצב חירום רפואי, או מצב מצוקה על המנוי לפניו באופן מידי לקבלת טיפול רפואי אצל גורם אחר לרבות שירותי רפואה דחופה. כן מובהר שאין בייעוץ המקוון כדי להוות תחליף לבדיקה ו/או ייעוץ רפואי מלא על ידי צוות רפואי, בהתאם לצורך.
4. אופן קבלת השירותים
- 4.1. מנוי הזכאי לקבלת שירות על פי כתב שירות זה יפנה לאתר האינטרנט של הספק ויבצע רישום ראשוני הכולל מספר ת.ז, כתובת, טלפון ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שבגינו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש. לחילופין, רשאי המנוי לפנות למוקד השירות הטלפוני שיכוון אותו על אופן קבלת השירות.
- 4.2. מוקד השירות הטלפוני יהיה פעיל 24/7 ובכפוף לשעות מתן השירות המצויות בסעיף 3.1.4 לעיל.
- 4.3. 5 דקות לפני הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיפים 3.1 ו 3.2 לעיל, יקבל המנוי התראה לגבי הייעוץ ב-SMS, באתר האינטרנט או במייל. בנוסף יקבל המנוי תזכורת על מועד הייעוץ על פי סעיף 3.2 לעיל, שעה לפני הייעוץ שנקבע.
- 4.4. במועד הייעוץ יתחבר המנוי לאתר האינטרנט של הספק, באמצעות אפליקציה או לינק במייל ויקבל את השירות.

4.5. המנוי רשאי לבטל את הזמנתו לקבלת השירות באמצעות בקשת ביטול באתר האינטרנט של הספק או להודיע על כך למוקד השירות לפני המועד המתוכנן של הייעוץ המקוון. למען הסר ספק, מובהר כי אם לא יודיע המנוי על הביטול לפני המועד המתוכנן כאמור, ייחשב כאילו מימש את השירות שהוזמן לכל דבר ועניין, לרבות לענין ההשתתפות העצמית לגבי שירות הכרוך בתשלום השתתפות עצמית כמפורט בכתב השירות לעיל.

5. הגבלות וסייגים

5.1. החברה ו/או הספק אינם אחראים בגין פגיעה ביכולת ליתן את השירותים או חלק משמעותי מהם, עקב מלחמה או גיוס כללי, מתקפת טרור, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.

5.2. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מתקפת טרור, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.

5.3. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, החברה ו/או הספק לא יהיו אחראים בגין כל נזק שייגרם עקב כשל בתקשורת הנובע מגורמים חיצוניים, וכן מטיב התקשורת בנקודת הקצה של המנוי.

5.4. יובהר כי העברת מידע רפואי על ידי המנוי לנותן השירות אינה מהווה קבלת של המידע הרפואי בידי החברה.

5.5. יובהר כי השירות לרפואת מומחים כמפורט בסעיף 3.2 לעיל, הנו לרשימת ההתמחויות המפורטת בסעיף זה בלבד.

6. הגבלת אחריות החברה ו/או הספק

6.1. החברה ו/או הספק לא יהיו אחראים באופן כלשהו לגבי השירותים הרפואיים הניתנים למנוי במסגרת כתב שירות זה, ולכל ההשלכות הנובעות מהם. החברה ו/או הספק אינם אחראים לנזק, הפסד, אבדן, הוצאה או תוצאה אחרת, מכל מין ו/או סוג שהוא, לרבות שכ"ט עו"ד, שיגרמו לגוף או לרכוש של מאן דהוא, לרבות המנויים, עקב בחירתו של המנוי בנותן שירות ו/או בשירות ו/או הפנייתו על ידי נותן שירות לנותן שירות, בין במישרין ובין בעקיפין, בגין מעשה או מחדל.

6.2. מבלי לגרוע מהאמור, מובהר כי החברה אינה אחראית לרשלנות מקצועית או אחרת של נותני השירות שהפנה אליהם הספק ו/או כל נזק אחר שייגרם בשל מעשה או מחדל של נותני השירות אליו מופנים המנויים ע"י הספק או מי מטעמו, לרבות בגין אי מתן שירות במועד שנקבע לכך מכל סיבה שהיא.

6.3. החברה ו/או הספק אינם אחראים בגין הוצאות שהוציא המנוי בעבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.

6.4. הפטור מאחריות כאמור 6.1 לעיל לא יחול ביחס לספק אם יקבע ע"י בית משפט מוסמך כי הספק פעל ברשלנות בביצוע תפקידיו עפ"י כתב שירות זה או פעל בזדון, ובמקרה כזה תחול האחריות על נזק ישיר בלבד שיגרם למנוי כתוצאה מכך.

7. תוקפו של כתב השירות

7.1. כתב השירות ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע.

7.2. תוקפו של כתב שירות זה יהיה למשך 12 חודשים, מהמועד הקובע, והוא יחודש אוטומטית לתקופות נוספות בנות 12 חודשים כל אחת, ללא צורך בהצהרת בריאות אלא אם יוחלט על ידי המנוי ו/או חברת הביטוח שלא לחדשו לכלל המנויים. על אף האמור לעיל, במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, רשאית החברה להפסיק מתן השירותים על-פי כתב שירות זה לכלל המנויים, לאחר שהודיעה על כך בכתב למנויים 60 יום מראש.

- 7.3. תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו במקרים הבאים:
- 7.3.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח או כתב השירות אליה צורף כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, גם אם טרם חלפו 12 חודשים כאמור לעיל.
- 7.3.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד - במועד בהתאם למפורט בסעיף 8 להלן.
- 7.3.3. במקרה של סיום ו/או הפסקה של ההסכם שבין החברה לספק, בהתאם לאמור בסעיף 7.2 לעיל.
- 7.4. להסרת כל ספק, יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת שירותים על פי כתב שירות זה. על אף האמור, מנוי שפנה לקבלת שירות בטרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, יהיה זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה.
- 7.5. המנוי רשאי בכל עת לבטל כתב שירות זה, בהודעה בכתב לחברה, והביטול ייכנס לתוקפו בתוך 3 ימים מהיום שבו התקבלה הודעת הביטול לחברה.
- 7.6. בוטל כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תחדל החברה לגבות מהמנוי דמי מנוי בגין כתב שירות זה החל מהמועד בו בוטל כתב השירות.
- 7.7. בכל מקרה של ביטול כתב השירות, לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני ביטול כתב השירות.
- 7.8. החברה רשאית לערוך בכל עת שינויים בכתב שירות זה, ושינוי כאמור ייכנס לתוקף 30 יום לאחר מתן הודעה על כך בכתב למנוי. במקרה זה, יהיה המנוי רשאי להמשיך בכפוף לשינוי שיערך בכתב השירות או להודיע על רצונו להפסיק את המנוי על פי כתב השירות בהודעה בכתב לחברה.

8. תנאי הצמדה ודמי המנוי

- 8.1. שיעורם של דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח.
- 8.2. כל התשלומים על פי כתב שירות זה, לרבות דמי המנוי וההשתתפות העצמית צמודים למדד. "המדד" משמעו מדד המחירים לצרכן כולל פירות וירקות המתפרסם מדי פעם בפעם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וכולל אותו מדד אף אם יתפרסם ע"י כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיתפרסם על ידי גוף או מוסד כאמור ואותו גוף או מוסד לא קבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, יקבע היחס האמור ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 8.3. מדד הבסיס - מדד 12194 אשר פורסם ביום 15.4.15.
- 8.4. "מדד החדש" משמעו המדד הידוע ביום התשלום.
- 8.5. סכום דמי המנוי הקבוע בדף פרטי הביטוח וההשתתפות העצמית צמודים למדד הבסיס ויעודכנו אחת ל- 12 חודשים בלבד החל מ- 1.6.2015. בנוסף לאמור לעיל, החברה רשאית לעדכן אם יידרש בהתאם לתוצאות העסקיות, את הסכומים האמורים אחת ל- 12 חודשים בלבד, ולא לפני ה- 1.1.2016.
- 8.6. אי תשלום דמי המנוי במלואם:
- לא שולמו דמי המנוי או חלק מהם במועדם ולא שולמו גם תוך 15 יום ללאחר שהחברה דרשה מן המנוי לשלם, רשאית החברה להודיע למנוי בכתב כי השירות יתבטל תוך 21 ימים נוספים, אם הסכום שבפיגור לא ישולם לפני כן.

9. שונות

- 9.1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
- 9.2. אם רשומים כמה מנויים לכתב השירות, הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטחת, ייחשבו כהודעות שנמסרו לכלל המנויים בכתב השירות.
- 9.3. המנוי מתחייב להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם, ולא תישמע מפיו הטענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה אליו, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.
- 9.4. כל הודעה לחברה תימסר בכתב.
- 9.5. כתב שירות זה מתייחס לגברים ונשים כאחד.
- 9.6. הזכות לקבלת השירות הנה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

10. מקום השיפוט

- בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים עם כתב שירות זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך בישראל והדין החל הינו דיני מדינת ישראל בלבד.

פרק י"ב: שיפוי בגין גילוי מחלה קשה

פרק זה אינו חל על גמלאים ובני זוגם המבוטחים במסגרת הפוליסה הקבוצתית פרק זה אינו חל על מבוטחים מעל גיל 67

פרק זה תואם לחוזר עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות 6-1-2013
חל מיום 1.5.2017

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

1. **מקרה הביטוח** גילוי אחד המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.
2. **מועד קרות מקרה הביטוח** הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.
3. **להלן פירוט המחלות הקשות המבוטחות:**

3.1. קבוצה ראשונה

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

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

3.1.2. אי ספיקת כבד פולמינינטית - (FULMINANT HEPATIC FAILURE)

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

1. הקטנה חדה של נפח הכבד;
2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
3. ירידה חדה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - pt או רמות פקטורים 5 ו-7;
4. צהבת, מעמיקה.

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

- 3.1.4 השתלת אברים - (organ transplantation) לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מוח עצמות**
- קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר ובטרם ביצוע ההשתלה בפועל או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר (למען הסר ספק, השתלת מח עצם עצמית אינה מכוסה) או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר, ובתנאי שההשתלה בוצעה בתאם לחוק השלת איברים, התשס"ח-2008, וכן בתנאי שנטילת האיבר והשתלת האיבר נעשתה על פי הדין החל באותה מדינה בה בוצעה ההשתלה וכי מתקיימות הוראות החוק לעניין סחר באיברים.
- 3.1.5 טרשת נפוצה - (MULTIPLE SCLEROSIS)**
- דמיליניציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תיקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיליניציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 3.1.6 עמילואידוזיס ראשונית - (primary amyloidosis)**
- מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד 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.
- 3.1.7 תרדמת (coma)**
- מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
- 3.1.8 ניוון שרירים מסוג (ALSAMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS)**
- עדות לפגיעה משולבת בנוירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת emg אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 3.1.9 פגיעה מוחית מתאונה - (BRAIN DAMAGE BY ACCIDENT)**
- פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות (glazgow coma scale).
- 3.1.10 דלקת מוח (encephalitis)**
- דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:
- לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.
- הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.**

- 3.1.11 דלקת חיידקית של קרום המוח - (BACTERIAL MENINGITIS)**
 דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיה המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:
 לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.
 מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
 הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.
- 3.1.12 מחלת ריאות חסימתית כרונית- (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)**
 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.
- 3.1.13 יתר לחץ דם ריאתי ראשוני - (primary pulmonary hypertension)**
 עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
- 3.1.14 פרקינסון (PARKINSON'S DISEASE)**
 האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י 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, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.
- 3.1.15 מצב רפואי חמור ובלתי הפיך**
 המבוטח הנו במצב רפואי חמור ובלתי הפיך וזאת לאחר שנתקבלה חוות דעתו של הרופא המטפל שהנו רופא מומחה, בעוד המבוטח בחיים, כי מצו הטיפוליים הרפואיים המקובלים בישראל, בארה"ב או באירופה, לטיפול להארכת תוחלת החיים במצב הרפואי של המבוטח.
- 3.1.16 סכרת נעורים (לילד עד IDDM) (INSULIN-DEPENDENT DIABETES - MELLITUS)**
 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 תבצע על ידי מומחה לאינדוקרינולוגיה המתמחה בילדים ובתנאי שנמשכת לפחות 6 חודשים.

3.2 קבוצה שניה

3.2.1 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 להיתמך ע"י הקריטריונים הבאים:

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

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

3.2.1.2 בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 3.2.1.1 לעיל, האבחנה חייבת להיתמך על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

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

3.2.2 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.

3.2.3 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.

3.2.4 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.

3.2.5 קרדיומויפוטיה (cardiomyopathy)

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

3.2.6 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.**

3.3 קבוצה שלישית

3.3.1 סרטן (cancer)

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

מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודגיקין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של carcinoma in situ כולל דיספלזיה של צוואר הרחם C1N1, C1N2, C1N3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.

2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת למ"מ וללא אולצוציות (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- TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל);
 6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ- $10,000$ 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;
 9. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
 10. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל- T CELL LY.
- 3.3.2 **אנמיה אפלסטית חמורה - (SEVERE APLASTIC ANEMIA)**
 כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
 1. עירוי מוצרי דם.
 2. מתן חומרים/תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם.
 3. מתן חומרים/תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו- סופרסיביים).
 4. השתלת מוח עצם.
- 3.3.3 **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 נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת MRI או CT.

הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרונולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.
- 3.4 **קבוצה רביעית**
 - 3.4.1 **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).
 - 3.4.2 **פוליו (שיתוק ילדים) - (poliomyelitis)**
 שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
 - 3.4.3 **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.

- 3.4.4 **עיוורון (blindness)**
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.
- 3.4.5 **כוויות קשות (severe burns)**
כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 3.4.6 **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.
- 3.4.7 **חירשות (deafness)**
אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

4. **סכום הביטוח**
- 4.1 **בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה, ישפה המבטח את המבוטח בסך 20,000 ש"ח.**
- 4.2 **מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה במקרה של מקרה ביטוח נוסף, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר.**
- 4.3 **בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 4.1, לפי העניין, בכל תקופת הביטוח.**
- 4.3 **הוצאות רפואיות עפ"י פרק זה יוגדרו - כל טיפול או שירות רפואי לרבות ומבלי למצות עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שרותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז אותם המבוטח נדרש לשלם ישירות לבית החולים, שרותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, אביזרים רפואיים, מושטלים וחיצוניים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות והוצאות העברה באמבולנס לצורך קבלת הטיפולים.**

5. **ביטול הכיסוי על פי פרק זה:**
- פרק זה יבטל בכל אחד מהמקרים הבאים, המוקדם ביניהם:
- 5.1 **מות המבוטח.**
- 5.2 **תום תקופת הביטוח כהגדרתה עפ"י פוליסה זו.**
- 5.3 **בהגיע המבוטח לגיל 67 שנה.**
- 5.4 **על פי בקשת המבוטח בכתב למבטח.**
- 5.5 **למבוטח עד גיל 21 שנה - עם תשלום תגמולי הביטוח.**
- 5.6 **למבוטח מעל גיל 21 שנה ועד גיל 67 שנה - בכל אחד מהמקרים הבאים, המוקדם ביניהם:**
- 5.6.1 **עם תשלום תגמולי ביטוח במקרה ביטוח ראשון מהקבוצה הראשונה.**
- 5.6.2 **עם קרות מקרה ביטוח שני בתוך תקופת האכשרה למקרה ביטוח שני (365 יום).**
- 5.6.3 **עם תשלום תגמולי הביטוח במקרה ביטוח שני.**

6. **תום תקופת הביטוח**
מובהר בזאת כי תוקף הביטוח על פי פרק זה יסתיים, עבור כל אחד מהמבוטחים, במלאת לו 67 שנה.

טלפונים שימושיים

מוקד שירות הלקוחות של הראל:
03-7547010

מוקד ביקורופא:
1-800-260-660

מוקד מדיקס לשירות "רופא מלווה אישי":
*5226

מוקד אסותא לשירות אבחון מהיר:
1-599-50-30-60

דרור נאמני - אגף בריאות dneemani@harel-ins.co.il
רחלי חאבא - אגף תביעות rachelha@harel-ins.co.il

פרטי התקשרות

מוקד שירות לקוחות הראל

03-7547010 📞

מוקד חברת ביקורופא

1-800-260-660 📞

מוקד מדיקס לשירות

"רופא מלווה אישי"

*5226 📞

מוקד אסותא לשירות אבחון מהיר

1-599-50-30-60 📞

דרור נאמני - אגף בריאות

dneemani@harel-ins.co.il 📧

רחלי חאבא - אגף תביעות

rachelha@harel-ins.co.il 📧