

2024



ביטוח בריאות קבוצתי

לחברי לשכת עורכי הדין בישראל

ובני משפחותיהם

תוכן עניינים

3.....	גילוי נאות
16.....	פרק מבוא - הגדרות ותנאים כלליים
30.....	פרק א': השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל
35.....	פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
39.....	פרק ג': כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
43.....	פרק ד': ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל
46.....	פרק ה': ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
50.....	פרק ו': שירותים אמבולטוריים
57.....	פרק ז': כתב שירות רפואה משלימה

גילוי נאות

טלפון *2735 פקס 037348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
------------------------------	--	--	---

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לחברי לשכת עורכי הדין בישראל ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לחברי לשכת עורכי הדין בישראל ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ או כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), שירותים אמבולטוריים, כתב שירות רפואה משלימה. *בהתאם למסלול שנרכש ע"י המבוטח.
תקופת הביטוח	שנה אחת, החל מיום 1.3.2024 ועד ליום 28.2.2025.

השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל
 כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה.

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

ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
 כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.

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

או

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (לבעלי שב"ן)

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

ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים
 השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים, אביזרים רפואיים ועוד.

כתב השירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)
 אפשרות לבצע טיפולים מתחום הרפואה המשלימה - כגון שיאצו, רפלקסולוגיה, על פי הרשימה המצוינת בכתב השירות. מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לבצע 12 טיפולים בשנת ביטוח.

השירות ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:</p> <p>חריגים כללים לפוליסה - סעיף 19.</p> <p>פרק א': השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל - סעיף 4.</p> <p>פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סעיף 5.</p> <p>פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 4.</p> <p>פרק ד': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 4.</p> <p>פרק ה': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - סעיף 6.</p> <p>פרק ו': שירותים רפואיים אמבולטוריים - סעיף 4.</p> <p>פרק ז': כתב שירות רפואה משלימה - סעיף 7.</p> <p>באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>
<p>פרק א': השתלות, סעיף 3.4.8 - פיצוי בסך 10,334 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p>סעיף 3.5.1 - פיצוי בסך 350,00 ₪ למקרה של מועמד להשתלה שטרם ביצע את ההשתלה, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי</p> <p>סעיף 3.6.1 - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪ (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית). במקרה של ביצוע השתלה בארץ - יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 103,342 ₪.</p> <p>סעיף 3.10 - פיצוי בסך 155,012 ₪ עבור מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד.</p> <p>פרק ג': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פיצוי בסך 206,683 ₪ במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.</p> <p>פרק ו': שירותים אמבולטוריים, סעיף 3.21 - פיצוי בגובה 413 ₪ ליום ועד 10 ימי אשפוז שלא כתוצאה מניתוח.</p>	<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>
<p>פרק ד': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה בת 12 חודשים.</p> <p>פרק ה': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה בת 12 חודשים.</p> <p>פרק ו': שירותים אמבולטוריים, תקופת אכשרה של 120 ימים עבור הריון ולידה.</p> <p>פרק ז': כתב שירות רפואה משלימה - תקופת אכשרה של 90 יום.</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹</p>

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

תמצית פרטי הפוליסה

השתתפות עצמית

פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, השתתפות של 207 ש"ח, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום של 413 ש"ח. לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,167 ש"ח.

סעיף 3.1.4 - השתתפות עצמית של 15% עבור בדיקות גנומיות.

פרק ג': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - השתתפות עצמית של 20% עבור הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, אשר יבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח בחו"ל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח.

פרק ו': שירותים אמבולטוריים, השתתפות של 20%.

עבור טיפולי פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים, מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב, החלמה לאחר ניתוח גדול או מחלת הסרטן, טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה - השתתפות עצמית של 25%.

עבור טיפולים ובדיקות אונקולוגיות, בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות, טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים, הזרקת חומרי סיכוך למפרקים כגון: אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP, טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חולייתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם, הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר לוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי, הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית - השתתפות עצמית של 15%.

עבור הדפסת איברים - השתתפות עצמית של 10%.

פרק ז': כתב שירות רפואה משלימה, השתתפות עצמית של 70 ש"ח עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם בבית המנוי בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.1 עד 3.1.6 בפרק. השתתפות עצמית של 55 ש"ח עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע במרפאת נותן השירות שבהסכם בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.1 עד 3.1.14 בפרק.

האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים

חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים

תמצית פרטי הפוליסה

<p>עלות הביטוח</p>		
<p>סוג מבוטח</p>	<p>פרק ניתוח פרטי בישראל "שקל ראשון"</p>	<p>פרק ניתוח פרטי בישראל משלים שב"ן</p>
<p>ילד עד גיל 25*</p>	<p>69.65 ₪</p>	<p>60.80 ₪</p>
<p>מתוך הפרמיה לעיל, עלות כתב שירות רפואה משלימה - 5 ₪</p>		
<p>גיל</p>	<p>פרק ניתוח פרטי בישראל שקל ראשון</p>	<p>פרק ניתוח פרטי בישראל משלים שב"ן</p>
<p>מי שאינו עונה על הגדרת ילד וגילו 0-20</p>	<p>69.65 ₪</p>	<p>60.80</p>
<p>21-30</p>	<p>122.42 ₪</p>	<p>100.32 ₪</p>
<p>31-40</p>	<p>148.97 ₪</p>	<p>120.18 ₪</p>
<p>41-50</p>	<p>197.70 ₪</p>	<p>153.43 ₪</p>
<p>51-55</p>	<p>277.32 ₪</p>	<p>208.72 ₪</p>
<p>56-60</p>	<p>343.67 ₪</p>	<p>266.23 ₪</p>
<p>61-65</p>	<p>428.37 ₪</p>	<p>356.03 ₪</p>
<p>66+</p>	<p>531.71 ₪</p>	<p>428.37 ₪</p>
<p>**אופן התשלום: אמצעי גבייה אישי. מתוך הפרמיה לעיל, עלות כתב שירות רפואה משלימה עד גיל 20 - 5 ₪ מגיל 21 ומעלה - 9 ₪. (עפ"י מדד שפורסם ביום 15.2.2024)</p>		
<p>דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת.</p>		
<p>אין שינוי.</p>		<p>שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח</p>

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
השתלה בחו"ל	<p>השתלה לפי <u>סעיף 1.3</u> - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב (תאי גזע), מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית, או הוצאת מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל חוזרים ייחשבו למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה.</p> <p>בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד.</p>	<p><u>סעיף 3.1</u> - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p><u>סעיף 3.1</u> - עד לסך של 5,167,080 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p>	
	<p><u>סעיף 3.5</u> - פיצוי לפני ביצוע השתלה.</p>	<p><u>סעיף 3.5</u> - פיצוי אחד פעמי בסך 350,000 ₪ לפני ביצוע השתלה למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי.</p>	
	<p><u>סעיף 3.6</u> - פיצוי חד פעמי לאחר השתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.</p>	<p><u>סעיף 3.6</u> - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה, למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית.</p> <p>במקרה של ביצוע השתלה בארץ - יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 103,342 ₪.</p>	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	<u>סעיף 1.2</u> - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	<u>סעיף 3.2</u> - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. <u>סעיף 3.2</u> - עד לסך של 2,066,832 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.	
גמלת החלמה	<u>סעיף 3.7</u> - במקרה של מועמד להשתלה המרותק למיטתו, למעט השתלת מח עצמי וקרנית. <u>סעיף 3.8</u> לאחר ביצוע השתלה.	<u>סעיף 3.7</u> - סכום חודשי בסך 7,751 ₪, לתקופה של עד 12 חודשים. מועמד להשתלה השוהה באשפוז, זכאי לגמלת החלמה בסך 3,875 ₪ לתקופה של עד 12 חודשים. <u>סעיף 3.8</u> - סכום חודשי בסך 6,717 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים. לאחר השתלת קרנית ומח עצם עצמית, יהא המבוטח זכאי לתשלום גמלה בסך 4,134 ₪ למשך 3 חודשים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,100,248 ₪. עבור תרופה מיוחדת כהגדרתה בפוליסה - עד 1,033,416 ₪ ולא יותר מ-200,000 ₪ לחודש. עבור בדיקות גנומיות להתאמת הטיפול התרופתי - עד 41,337 ₪ לכל מקרה ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 15%.	ההשתתפות עצמית של 207 ₪ לתרופה לחודש ועד סה"כ 412 ₪ לאותו החודש. לא תיגבה ההשתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,167 ₪.
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.1.3 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	עד לסך של 258 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 60 ימים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	<u>סעיף 3</u> בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות העברה יבשתית תותבות ועוד.	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף קטן 3.6 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל או 200% מעלות ספקי הסכם של המבטח בחו"ל, או עד 361,696 ש"ח, הגבוה ביניהם.
הוצאות שהייה	<u>סעיף 3.5.5</u> בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 10 ימים.	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 1,033 ש"ח ליום ועד 30 ימים. לשני מלווים יינתן הכיסוי למבטח מתחת לגיל 18 עד 1,550 ש"ח ליממה לשני מלווים ועד 30 ימים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	<u>סעיף 3.4.3</u> בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל כתוצאה ישירה מהניתוח.	כיסוי מלא.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	<u>סעיף 3.3</u> בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל	בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4.1 ו-3.4.2 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל או 200% מעלות ספקי הסכם של המבטח בחו"ל, או עד 361,696 ש"ח, הגבוה ביניהם.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

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

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	<u>סעיף 3.1</u> לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטיונום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	<u>סעיפים 3.2-3.3</u> לפרק - שכן מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטיונום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	<u>סעיף 3.4</u> לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.	

**ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים
בפרק קיימים כיסויים נוספים על פי המפורט בתנאי הפוליסה**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	<u>סעיף 3</u> לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.	כיסוי עד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בפרק.	<u>סעיף 6 - 180</u> יום במקרה של בדיקות הקשורות בהיריון ו/או לידה.	
חוות דעת רפואית בישראל	<u>סעיף 3.1</u> לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי.	כיסוי עד ל-1,550 ש"ח להתייעצות ועד 3 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח. כיסוי עד 1,033 ש"ח להתייעצות בהתרחשות האירועים הבאים: סרטן, אי ספיקת כליות, טרשת נפוצה, עיוורון, שבץ מוחי, התקף לב ונכות מלאה ותמידית, עד 2 התייעצויות.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	<u>סעיף 3.3</u> לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי ועד סך של 12,401 ש"ח לשנת ביטוח ועד סך של 7,234 ש"ח לבדיקה למבוטח לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים	<u>סעיף 3.6</u> לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים לרבות במים מתוקים או מלוחים לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-4,650 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח.		25% מההוצאה בפועל

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

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 3.29 לפירק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר או סיסי שלייה, בדיקות לגילוי גנים נשאים לסיסטיק פיברוזיס, תסמונת איקס שביר, וגושה.	כיסוי עד 2,067 ₪ לכל הריון ובגין יעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההיריון ו/או לאחריו, עד 3,100 ₪.	סעיף 6 - 180 יום	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

כתב השירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

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

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ביום 15.2.2024.

מידע נוסף:

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

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

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פרק מבוא - הגדרות ותנאים כלליים

1. הגדרות:

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח.

- 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 שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3 "בעל הפוליסה" - לשכת עורכי הדין בישראל.
- 1.4 "תאריך תחילת הביטוח" - 1.3.2024.
- 1.5 "תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.6 "הסכם הביטוח" - חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.7 "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.8 "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.9 "בית חולים ציבורי" - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.10 "בית חולים פרטי" - אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013 (להלן: "חוק עדיפויות");
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק עדיפויות שהרשויות המוסמכות התירו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.11 "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל.
- 1.12 "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.13 "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.14 "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.
- 1.15 "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.16 "אשפוז" - שהייה בבית חולים הכוללת בין השאר הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 1.17 "נותן שירות/ספק בהסכם" - מנתח שהינו רופא מומחה (כהגדרתו לעיל) או רופא אשר הוסמך בחו"ל כמומחה מנתח, בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.

- 1.18. **"אחות" - אחות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.**
- 1.19. **"רופא" - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.**
- 1.20. **"פיזיותרפיה" - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.**
- 1.21. **"מקרה הביטוח" - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה, מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.**
- 1.22. **"טיפול ניסיוני" - טיפול רפואי אשר אינו מאושר על ידי אף אחת מהרשויות המוסמכות בישראל או ע"י ה-FDA ו/או ע"י רשות מוסמכת במדינות האיחוד האירופי, קנדה ו/או אוסטרליה, לטיפול במצבו הרפואי הספציפי של המבוטח.**
- 1.23. **"בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה" - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.**
- 1.24. **"יום אשפוז" - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז פחות מ-24 שעות.**
- 1.25. **"יועץ מלווה" - היועץ המלווה אשר ילווה את בעל הפוליסה והמבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה חברת פרש קונספט ניהול סיכונים בריאות בע"מ.**
- 1.26. **"גיל" או "גיל המבוטח" - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחדש במועד יום הולדתו.**
- 1.27. **"המוטב" - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.**
- 1.28. **"המבוטחים" - מי שבמועד ההצטרפות לביטוח ובמועד תחילת הסכם זה היה חבר לשכת עו"ד בישראל ורשום ברשימת חברי הלשכה המצויה אצל בעל הפוליסה (להלן: "החברה" או "המבוטח הראשי") בני/בנות זוג/מין לרבות ידועה/בציבור וילדיהם לרבות ילד/ה חורגת ו/או מאומצת, חתנים, כלות ונכדים/ות (להלן "מבוטחים מצורפים") ובלבד שגילו/ה בעת ההצטרפות לא עולה על 76 שנה.**
- 1.29. **"מבוטחים קיימים" - מי שהיו מבוטחים בפוליסה הקודמת ערב כניסה לביטוח החדש ואשר המבוטח הראשי הינו חבר לשכה במועד תחילת הסכם זה.**
- 1.30. **"מבוטחים חדשים" - חברים אצל בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים במועד תחילת ביטוח זה, ובני משפחותיהם.**
- 1.31. **"שירותי בריאות נוספים (שב"ן)" - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות הניתנים במסגרת סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.**
- 1.32. **"חוק הביטוח" - חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.**
- 1.33. **"חוק הבריאות" - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.**
- 1.34. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי" - הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.**
- 1.35. **"קופת חולים" - תאגיד כהגדרתו בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.**
- 1.36. **"ועדת הלסינקי" - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן 1999).**

- 1.37. **"תקופת אכשרה"** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה, אשר במהלכה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה ואשר החברה לא תהא אחראית למקרה ביטוח שארע במהלכה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. **מודגש כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה) דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח, והמבוטח לא יהיה זכאי לקבל תגמולי ביטוח כלשהם בגינו על פי פוליסה זו.**
- 1.38. **"דמי הביטוח" או "הפרמיה"** - הסכומים בגין הפוליסה שעל המבוטחים לשלם למבטח על פי תנאי הפוליסה.
- 1.39. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק.
- 1.40. **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי הבריאות.
- 1.41. **"מדד הבסיס"** - המדד הידוע במועד תחילת הפוליסה כהגדרתה בסעיף 1.4 לעיל.
- 1.42. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל, בין היתר, פרטים אישיים של המבוטח ואת התנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.43. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח, עד לתקרה הקבועה בפוליסה. 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.
- 1.44. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף 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.
- 1.45. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.46. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.47. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית /ואו לחץ נפשי /ואו הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה"**.
- 1.48. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל חבריה.
- 1.49. **"ילד"** - תחת הגדרה זו ייחשב ילד של עובד ו/או ילד של בן /בת זוג של עובד ו/או נכד של כל אחד מאלו שגילו עד גיל 25.

2. תקופת הסכם הביטוח:

- 2.1. תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה מיום 1.3.2024 וסיומה ביום 28.2.2025 (להלן: **"תקופת ההסכם"** ו/או **"תקופת הביטוח"**), אלא אם יבוטל קודם לכן על פי הוראותיו.

- 2.2 בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת ומכל סיבה שהיא ומבלי לחוב בפיצוי ו/או שיפוי למבטח בשל ביטול כאמור בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח, ובלבד שהסכם זה ופוליסה זו יעבור למבטח אחר.
- 2.3 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן) כאמור לעיל יחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן), אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה.
- 2.4 פחת מספר המבטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

3. אופן הצטרפות

- 3.1 **מבטחים קיימים** מצטרפים לביטוח ברצף זכויות מלא לזכויות אשר היו בביטוח הקודם בהתאם למסלול הביטוח בו היו מבטחים ויצטרפו לביטוח החדש ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, כאשר מועד תחילת הביטוח הוא המועד שבו הצטרפו להסכם הקודם.
- 3.2 חברים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, לרבות חבר שנישא בתקופת הביטוח, אשר לא היו מבטחים בביטוח הקודם יצורפו בכפוף למילוי הצהרת בריאות.
- 3.3 תינוק שנולד למבטח או שאומץ ע"י מבטח ו/או ע"י בן זוגו, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר ביניהם). תינוק שיצורף במהלך 90 הימים כאמור, מועד תחילת הביטוח יהיה מועד לידת הילד. למען הסר ספק, תינוק שיצורף לאחר 90 ימים, יצורף בכפוף להצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.
- 3.4 במידה והמבטח הראשי נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבטחים להיות מבטחים בפוליסה עד לסיום תקופת ההסכם.
- 3.5 צירוף בני משפחה של חבר בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח החבר.
- 3.6 נשאל המבטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבטח על מצב רפואי קודם ולא יגלה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 3.7 הודיע המבטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבטח וסייג מצב רפואי קודם לא יחול. סעיף זה יחול על מבטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 3.8 על אף האמור לעיל, מבטחים חדשים אשר ערב הצטרפותם לביטוח על פי הסכם זה היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה ואישור תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים או צילום מסך מ"הר הביטוח" המעיד על תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים, לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבטח לביטוח הקודם או לביטוח הפרטי / הקבוצתי, בהתאמה, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים חופפים.
- 3.9 מבטח שהוא עמית בתכנית שב"ן יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").

3.10. שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה ישלח המבטח בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, וישלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. במקרה של דחייה - יוחזרו דמי הביטוח לשולמו בתוך 21 ימי עבודה. לא שלח המבטח תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות במבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

3.11. צירוף מבטח - בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

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

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

לא תצרף החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבטח, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבטח 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 היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

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

(א) ניתוחים;

(ב) תרופות;

(ג) השתלות;

- (ד) מחלות קשות;
- (ה) שיניים;
- (ו) תאונות אישיות.

3.12. חובת הגילוי

3.12.1. (א) הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

(ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.

(ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

3.12.2. (א) אם ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, בתוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח.

(ב) ביטל המבטח את הביטוח מכוח סעיף זה, זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

(ג) קרה מקרה הביטוח בטרם נתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו, לבין דמי הביטוח המוסכמים. למרות האמור לעיל יהיה המבטח פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים האלה:

(1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

(2) מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

3.12.3. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 3.12.2 לעיל בכל אחת מאלה:

א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;

ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

4. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבטחים:

4.1. תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, לגבי כל אחד מהמבטחים, יחל בהתאם למאוחר מהסעיפים הבאים:

(א) **מבוטח קיים** - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

(ב) **מבוטח חדש** - הראשון בחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו בכפוף למילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה.

4.2. **תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:**

(א) בתום תקופת הסכם הביטוח.

- (ב) במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבטח בכתב, מסיבה כלשהי.
 (ג) במועד הפסקת החברות של המבטח אצל בעל הפוליסה - הביטוח יסתיים הן לגבי המבטח החבר והן לגבי בני משפחתו המבטוחים.

5. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

- 5.1 במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבטוחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה עקב הפסקת חברות המבטוח הראשי או גירושין מהמבטוח הראשי, יוכל המבטוח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא בהכרח זהים) הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר למבטוחים בני אותו הגיל, ללא מגבלת גיל. ההצטרפות לפוליסה הפרטית תהיה ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין פרקי כיסוי חופפים). מובהר שמבטח רשאי לבחור לעבור לפוליסה פרטית עם כיסויים פחותים מאלה שהיו בפוליסה הקבוצתית.
- 5.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לענין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבטוח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם ביניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסלייגיה.
- 5.3 על המבטח מוטלת החובה להודיע למבטח בכתב עד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.
- 5.4 המבטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרטית תוך 60 יום מהמועד בו הודיע לו המבטח על סיום הביטוח, כאמור בסעיף 5.3 לעיל.
- 5.5 במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבטוח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבטוח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבטוח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.
- 5.6 היה והמבטוח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.
- 5.7 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.
- 5.8 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטוח בשל כיסויים אלה. יובהר שהאמור אינו גורע מזכות המבטח לבטל את הסכם הביטוח בהתאם לעילות המופיעות בחוק.

6. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבטח:

סוג מבטוח	פרק ניתוח פרטי בישראל "שקל ראשון"	פרק ניתוח פרטי בישראל משלים שב"ן
ילד עד גיל 25*	69.65	60.80

מתוך הפרמיה לעיל, עלות כתב שירות רפואה משלימה - ₪5

גיל	פרק ניתוח פרטי בישראל שקל ראשון	פרק ניתוח פרטי בישראל משלים שב"ן
מי שאינו עונה על הגדרת ילד וגילו 0-20	69.65	60.80
21-30	122.42	100.32
31-40	148.97	120.18
41-50	197.70	153.43
51-55	277.32	208.72
56-60	343.67	266.23
61-65	428.37	356.03
66+	531.71	428.37

**אופן התשלום: אמצעי גבייה אישי. מתוך הפרמיה לעיל, עלות כתב שירות רפואה משלימה עד גיל 20- 5 שנה מגיל 21 ומעלה - 9 שנה

6.1. דמי הביטוח ישולמו על ידי המבוטח על פי המועד בחודש בו נקבע תשלומם עי המבטח.

6.2. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "מדד הבסיס").

6.3. דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 41 ביום 01.01.2025, דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 01.01.2025 לפי דמי הביטוח של גיל 41).

6.4. קביעת דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים, חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לענין זה, "העלאה של דמי ביטוח"

6.4.1. לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

6.4.2. לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

6.4.3. למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

6.4.4. במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

6.4.5. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

7. תגמולי ביטוח

- 7.1. המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבוטח כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות ו/או בחשבוניות, גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.
- 7.2. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל או במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.
- 7.3. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום ובלבד שיימסר למבטח היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.
- 7.4. תגמולי ביטוח להם זכאי המבוטח, בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע שאינו מטבע ישראלי - ישולמו במטבע ישראלי ויוצמדו לשער המטבע ביום התשלום.
- 7.5. נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.
- 7.6. 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.
- 7.7. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב - **סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:**
- 7.7.1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.
- 7.7.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
- 7.8. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 7.9. החברה תנכה מהתשלומים את כל החובות המגיעים לה מהמבוטח בגין פוליסה זו בכפוף להוראות הדין.

8. וועדת ערר:

- 8.1. מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שקיים כיסוי בפוליסה בגינה ושנדחתה ע"י המבטח, לדין מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ-20 ימי עבודה מהגשת הבקשה לדין. כינוס הוועדה יהא באחריות היועץ. במקרים דחופים תתכנס הוועדה בהקדם האפשרי.

- 8.2. המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבוטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבוטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.
- 8.3. הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבוטח והיועץ. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימונה חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר. מימון שכרו של המומחה יהיה על חשבון המבוטח. החלטת הוועדה תחייב את המבוטח.
- 8.4. למען הסר ספק, אין בהחלטת ועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

9. תביעות:

- 9.1. אלא אם נקבע אחרת, המבוטח ימסור למבוטח הודעה על מקרה הביטוח בזמן סביר. להודעה יצרף המבוטח כתב ויתור על סודיות רפואית, אשר ישמש את המבוטח לצורך קבלת מידע, ככול שהדבר נדרש.
- 9.2. המבוטח יעביר למבוטח טופס תביעה, לרבות מסמכים רפואיים ואם היו תשלומים אז קבלות ו/או חשבוניות, המתייחסים לתביעתו והדרושים לשם ברור חבותו של המבוטח ושאותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר, אלא אם נקבע אחרת. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 9.3. אם יידרש לכך על ידי המבוטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחיים/יות מטעם המבוטח על חשבון המבוטח. הבדיקה תבוצע בתאום עם המבוטח מראש ותתקיים בשעה סבירה ובמיקום המרוחק במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח. מובהר כי אין באמור בסעיף זה כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.
- 9.4. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבוטח ביצוע השתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל, ייתן המבוטח למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל.
- 9.5. החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מבוצעים בפועל על ידי החברה, ולנזקים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירתו של המבוטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבוטח על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה, ככל שקיימים כתבי שירות בפוליסה.
- 9.6. בכיסויים שלפיהם זכאי המבוטח לקבל החזר של הוצאות רפואיות יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבוטח לפי דרישתו התחייבות כספית שתאפשר לו לקבל את השירות הרפואי, וזאת על חשבון הכספים שיגיעו לו על פי הפוליסה בכפוף לקיום הסכם עם הספק.

10. התיישנות תביעות:

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח, ובהתאם לכל דין. אם עילת התביעה הנה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

11. יועץ ביטוחי רפואי:

- חברת הייעוץ פרש קונספט ניהול סיכוני בריאות בע"מ תשמש כיועץ מלווה (להלן: "היועץ"). במסגרת שירותיו, היועץ יעניק שוטף למבוטחים בפוליסה כמפורט להלן:
- 11.1. בירורים מול המבטח בקשר לזכויות על פי הפוליסה, בירורים מול המבטח בקשר להחלטות המבטח על פי הפוליסה, מתן חוות דעת למבוטח לגבי בקשות לאישור תביעות על פי הפוליסה.
 - 11.2. סיוע, מתן מידע ובירורים לגבי טענה או תלונה של המבוטח הקשורה בנהלי המבטח והשירות הניתן על ידו.
 - 11.3. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבוטח לפנות ליועץ הביטוח.
 - 11.4. המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידי שולח המבוטח ובכפוף להוראות הדין.
 - 11.5. היועץ יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה. למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיזוי תביעתו, על פי כל דין.
 - 11.6. החברה המבטחת תישא בעלות שכר הטרחה ליועץ, כולל בגין הלוי השוטף וסיוע לבעל הפוליסה ולמבוטחים ביישום הפוליסה, שמירת זכויותיהם וקיום התחייבויותיהם.

12. מתן מסמכים והודעות למבוטח - סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

- 12.1. א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוזר עליהם המפקח;
- ב) על אף האמור בתקנה משנה (א) לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין:
 - (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
 - (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
 - (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 12.2. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 12.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחווה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 12.4. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנה משנה - "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה

כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבוטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

- 12.4.1. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב היחידוש- ימסור המבוטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 12.4.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות המשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 12.4.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.
- 12.4.4. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבוטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

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

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

(ב) חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ג) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

14. תנאי הצמדה למדד:

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

14.2. דמי הביטוח, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכל לפי העניין, צמודים למדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע תשלום דמי הביטוח.

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

15. קיומן של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

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

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

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

17. מיסים והיטלים

17.1. בעל הפוליסה או המבוטח, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

17.2. המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום המבוטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם, כאמור, חלק מתגמולי הביטוח.

18. כללי

בעל הפוליסה אינו אחראי לטיב השרותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת כיסוי ביטוחי זה. בעל הפוליסה אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו עקב הצטרפותו להסכם זה.

19. חריגים כלליים:

המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ-:

- 19.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.
 - 19.2. מקרה הביטוח אירע במהלך תקופת האכשרה, במידה ומוגדרת תקופת אכשרה, בכל אחד מפרקי הפוליסה, למעט מקרה ביטוח שארע מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.
 - 19.3. מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל 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 הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:
 - א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.
 - ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע."המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.

הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- על אף האמור 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.
- על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל-פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הפרטי או הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים חופפים.

פרק א': השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות:

- 1.1. **המרכז הלאומי להשתלות** - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
 - 1.2. **טיפול מיוחד בחו"ל** - ניתוח ו/או טיפול רפואי בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן:
 - 1.2.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.
 - 1.2.2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.
 - 1.2.3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל, בהתאם לניסיון המצטבר לפי גודל האוכלוסייה.
 - 1.2.4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
 - 1.2.5. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
 - 1.2.6. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 50%.
 - 1.2.7. הטיפול המיוחד חיוני לצורך הצלת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו.
 - 1.3. **השתלה** - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב (תאי גזע), מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית, או הוצאת מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל חוזרים ייחשבו למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה.
- מובהר כי השימוש במכונת החייה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה ע"פ פרק זה.**
- ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:
 - 1.3.1. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.
 - 1.3.2. ההשתלה תיעשה עפ"י אמות מידה אתיות מקובלות.
 - 1.3.3. ההשתלה כפופה לחוק סחר איברים.

2. מקרה הביטוח:

- 2.1. **השתלה:** צורך בהשתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.
- 2.2. **טיפול מיוחד בחו"ל:** צורך בטיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע ע"פ המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

3. התחייבות המבטח:

בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל עפ"י הפוליסה להלן, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל), כמפורט להלן:

- 3.1. השתלה הנערכת בבית חולים שבהסכם עם המבטח - שיפוי מלא.
במקרה וההשתלה תבוצע בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים שבהסכם עם המבטח ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית בסך 5,167,080 ₪. לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח-2008.
- 3.2. לטיפול/ ניתוח מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין כל הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. אם הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי על 2,066,832 ₪.
- 3.3. השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו-3.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן, כגון:
 - 3.3.1. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, במהלך תקופת ההמתנה להשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, בין אם באשפוז ובין אם לא באשפוז לרבות טיפולי דיאליזה.
 - 3.3.2. הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות הוצאות חדר ניתוח. תשלום בגין שתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
 - 3.3.3. שכר כל הצוות הרפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;
 - 3.3.4. בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;
 - 3.3.5. שירותי מעבדה לרבות בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;
 - 3.3.6. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.
 - 3.3.7. הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 365 ימים לאחר ביצועם.
 - 3.3.8. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, כולל לצורך ביצוע בדיקות הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור ממחלקת תיירים למבוטח ומלווה אחד, ובמקרה והמבוטח הינו קטין - לשני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
 - 3.3.9. הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.
 - 3.3.10. כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי (LVAD).
 - 3.3.11. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
 - 3.3.12. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

- 3.3.13. הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ;
- 3.4. **הוצאות נלוות כדלקמן לפי תקרות הסכומים המופיעות לצידן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:**
- 3.4.1. הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי - עד תקרת הסכום 310,025 ₪
- 3.4.2. הוצאות הסטה רפואית מיוחדת לחו"ל וחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 103,342 ₪. על אף האמור, אם תואמה ההסטה הרפואית המיוחדת על ידי החברה, יינתן כיסוי מלא.
- 3.4.3. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, ובמקרה של מבוטח קטין - לשני מלווים, וזאת עד 1,033 ₪ למלווה יחיד או 1,550 ₪ לזוג מלווים.
- 3.4.4. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל או ייעוץ ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.5. הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת החזר בסך 155,012 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל ועד תקרת החזר בסך 206,683 ₪ בגין ביצוע השתלה.
- 3.4.6. תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת הסכום של 155,012 ₪.
- 3.4.7. תשלום בגין מעקב, ביקורת רפואית ובדיקות בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, עד תקרת הסכום של 51,671 ₪.
- 3.4.8. תשלום פיצוי בסך 10,334 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.
- 3.5. **תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:**
- 3.5.1. מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה, או אם אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.
- 3.6. **תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה**
- 3.6.1. מבוטח שעבר השתלה בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית), יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים

רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה. במקרה של ביצוע השתלה בארץ -
יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 103,342 ₪

למען הסר ספק, המבוטח רשאי לקבל פיצוי עפ"י סעיף 3.5 או 3.6 ובכל מקרה
לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.5 או 3.6, לא יהיה זכאי
לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו-3.4 לעיל, אך
כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור להלן בסעיפים 3.7 ו-3.8.

3.7. גמלת החלמה למועמד להשתלה:

3.7.1 מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצמי וקרנית) המרותק למיטתו בשל
מצבו הרפואי ונזקק לשיירות מטפל, יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 7,751 ₪
בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-12 חודשים.

3.7.2 מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצמי וקרנית) השווה באשפוז בבית
חולים יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 3,875 ₪ בתקופה שעד לביצוע ההשתלה
בפועל ולמשך תקופה של עד 12 חודשים.

3.7.3 תנאי לקבלת הגמלה על פי סעיף זה הינו קבלת אישור בכתב של המרכז
הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.

3.8. גמלת החלמה לאחר השתלה:

3.8.1 עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף
לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי בסך 6,717 ₪ החל
מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים. לאחר השתלת
קרנית ומח עצם עצמית, יהא המבוטח זכאי לתשלום גמלה בסך 4,134 ₪
למשך 3 חודשים.

3.8.2 נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים
החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור
לעיל לא מהווה השתתפות של המבטח במימון ההשתלה.

3.9. החזר הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל:

נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן, לרבות סרטני דם
למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי -
(להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה
הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות
הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:

3.9.1 עלות איתור מוסד רפואי בו מבוצע ניסוי העשוי להתאים לצורכי המבוטח,
מקום הניסוי, והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן
עד סכום של 51,671 ₪.

3.9.2 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס
טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח
קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 41,337 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד
62,005 ₪ לשני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת
עסקים ישופה בכפל הסכום

3.9.3 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצויד רפואי נדרש
והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם
היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת
עד לסכום של 103,342 ₪

3.9.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 1,033 ₪ ליום למלווה ועד 1,550 ₪ לשני מלווים.

3.10. פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד:

נפטר המבוטח כתוצאה או במהלך השתלה או טיפול מיוחד תוך עד 7 ימים מיום הניתוח (כולל), תשלם המבטחת למוטבים (ובהיעדר קביעת מוטבים ליורשים עפ"י דין) פיצוי בסך 155,012 ₪ ובלבד שההשתלה או הטיפול המיוחד בוצעו בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה הינו בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל בפרק זה.

4. חריגים

בנוסף לחריגים הכלליים, פרק השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל יחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

4.1. מקרה ביטוח שאירע כתוצאה ממלחמה או פעולת איבה על רקע לאומני, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

4.2. מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

4.3. טיפולים נפשיים.

4.4. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא ייכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסתטי לתיקון צלקות לאחר כוויות או שברים, תאונות ו/או ניתוחים שאירעו במהלך תקופת הביטוח, כמו גם ניתוח לתיקון חייך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רביה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה;

4.5. טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות בישראל או בארה"ב או באירופה או בארץ מתן הטיפול או הבדיקה.

פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.2. **מדינות מוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA);
- 1.3. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.4. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה.
- 1.5. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.
- 1.6. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
- 1.7. **בית מרקחת** - מוסד מורשה בישראל על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.8. **המחיר המרבי המאושר לתרופה** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.9. **רופא בית חולים** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 1.10. **מדינות מוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.11. **תרופה מיוחדת** - תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של התרופה, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.
- 1.12. **תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL** - תרופה לרבות תרופת יתום שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי אחד לפחות.
- 1.13. **תרופה ניסיונית** - תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה Off Label.
- 1.14. **פרסום רשמי** - אחד מהבאים:
 - (1) פרסומי ה-FDA.
 - (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
 - (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
 - (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - א. עצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
 - ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.

ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או a2.

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

(א) NCCN

(ב) ASCO

(ג) NICE

(ד) ESMO Minimal Recommendation

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

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים האלה:

2.1. מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ו/או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:

2.1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;

2.1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח שאושרה על ידי הרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;

2.1.3. תרופה OFF LABEL;

2.1.4. תרופת יתום שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, לפי קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם;

2.1.5. תרופה מיוחדת.

2.2. מצבו הרפואי של המבוטח מצריך לפי המלצת רופא מומחה המטפל במבוטח בבדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי במבוטח, וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה ובארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי ותגמולי הביטוח:

3.1. כיסוי זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי לכל תקופת הביטוח, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:

3.1.1. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,100,248 ₪.

3.1.2. בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,033,416 ₪, ולא יותר מ-200,000 ₪ בחודש.

- 3.1.3. סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1, אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי - עד 258 ₪ ליום ועד 60 ימים.
- 3.1.4. בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 85% מההוצאות ולא יותר מ-41,337 ₪ עבור כל מקרה ביטוח. יודגש, שככל שדו"ח הבדיקה ימליץ על תרופה, אחת או יותר, לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאמור כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה בהתאם לתנאי פרק זה, בין אם היא רשומה להתוויה ובין אם לאו, והכל בהתאם למרשם הרופא.
- 3.2. מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי בגין מצב רפואי שהיה קיים טרם הצטרפותו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח נתגלה אצלו מצב רפואי אחר, המחייב טיפול תרופתי באותה תרופה, יהיה זכאי לכיסוי הטיפול התרופתי למצבו הרפואי החדש ולא יחולו הוראות מצב רפואי קודם.
- 3.3. מבוטח שנוקק לתרופה שלא בסל הבריאות ותבע פוליסת ביטוח אחרת אשר ברשותו לכיסוי עלות התרופה, יהיה זכאי לפיצוי בגובה 20% מגובה השיפוי המצטבר אותו יקבל במסגרת הפוליסה האחרת, בכפוף לכך שמקרה הביטוח מכוסה על פי פוליסה זו. מבוטח שיבחר במסלול הפיצוי כאמור לעיל לא יוכל לתבוע פוליסה זו בגין אותו מקרה ביטוח. מבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.
- 3.4. 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, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.

4. השתתפות עצמית

- 4.1. סכום ההשתתפות העצמית החדשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 - 2.1.5 לעיל - 207 ₪ לתרופה, לאותו חודש. במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום של 413 ₪.
- 4.2. על אף האמור בסעיף קטן 4.1 לעיל, לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלתה החודשית גבוהה מ-5,167 ₪.
- 4.3. במקרה וקיבל המבוטח את התרופה המכוסה על פי פרק זה מהשב"ן ושלם במסגרתה השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששלם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל. כמו כן, המבוטח יקבל פיצוי חודשי בשיעור 10% מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה ועד 1,860 ₪ לחודש.

5. חריגים:

- בנוסף לחריגים הכלליים, פרק תרופות שאינן בסל הבריאות יחריג מכיסוי את המקרים הבאים:
- 5.1. תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.
- 5.2. טיפול מונע מתחום הרפואה המשלימה (למעט כאשר תוסף המזון ניתן כחלק מתוכנית הטיפול התרופתית) או תרופה לגמילה מעישון.
- 5.3. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות.

- 5.4. טיפול בבוטוקס Botulinum Toxin בהזרקה תת עורית תוך עורית או תוך שרירית אינו נכלל במסגרת ההחלטות לפרק זה ומכוסה על פי ההתוויות הרשומות ובכפוף לתנאי פרק זה.
- 5.5. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 5.6. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבויות נותן השירות לטיפולם תרופתיים עתידיים.
- 5.7. תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה.
- 5.8. מקרה ביטוח שאירע כתוצאה ממלחמה או פעולת איבה על רקע לאומני, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.
- 5.9. מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.10. תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 5.11. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.

פרק ג': כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הגדרות

1.1 "שתל" - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית המושתלת לצורך רפואי, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, תומך לב (LVAD), דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרשי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים.

1.2 "ניתוח" - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החדרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמין כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבוטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי ייחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד.

1.3 "תחליף ניתוח" - טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבוטח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, צפוי להביא לתוצאות דומות לאלו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבוטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי. ב. רופא מטעם המבוטח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול. ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל והטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל.

1.4 "ניתוח מורכב" - ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים ברצף לפחות;

2. מקרה הביטוח

ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף ניתוח טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו, אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח.

3. הכיסוי הביטוחי

3.1. לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף קטן 3.6.

3.2. עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף קטן 3.6 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל או 200% מעלות ספקי הסכם של המבטח בחו"ל, או עד 361,696 ש"ח, הגבוה ביניהם.

לעניין זה "עלות הניתוח בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לאותו הניתוח בישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופאה החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

3.3. לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4.1 ו-3.4.2 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל או 200% מעלות ספקי הסכם של המבטח בחו"ל, או עד 361,696 ש"ח, הגבוה ביניהם.

לעניין זה "עלות הניתוח החלופי בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לניתוח שאותו החליף הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל, במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופאה החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

3.4. בקרות מקרה הביטוח יינתן שיפוי מלא עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיפים 3.1-3.3 לעיל;

3.4.1. שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל;

3.4.2. כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף ניתוח, שתלים, פיזיותרפיה.

3.4.3. עלות הטסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח;

3.4.4. הוצאות טיסה לניתוח מורכב - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; במקרה שהמבוטח קטין - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים;

3.4.5. הוצאות נסיעה יבשתיות בגין ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;

3.5. בקרות מקרה הביטוח יינתן שיפוי עד לגובה הכיסוי ותקרת הסכומים המפורטים לצדן עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל:

3.5.1. הוצאות שתי התייעצויות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל - עד 1,240 ש"ח לכל התייעצות;

- 3.5.2. הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 ₪.
- 3.5.3. הוצאות הסטה רפואית במקרה שבו עולה צורך רפואי - עד 103,342 ₪; אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא;
- 3.5.4. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 206,683 ₪.
- 3.5.5. **כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח:** בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות השהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים) לתקופה של עד 30 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה עד 1,033,333 ₪ למבוטח ומלווה יחיד או 1,550 ₪ למבוטח ושני מלווים, לכל יום שהייה ולא יותר מ-30 ימים.
- 3.5.6. **הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:**

3.5.6.1. **כיסוי להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל לאחר הניתוח:**

נזקק המבוטח להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל עם הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 יום מיום ביצוע הניתוח - עד לסך של 103,342 ₪.

3.5.6.2. **שכר אח/ות פרטית/ת לאחר ניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות העסקת אח/ות פרטית/ת בבית החולים, עד לסך של 672 ₪ ליום ועד 8 ימי אשפוז בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב.

3.5.6.3. הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, אשר יבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח בחו"ל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - עד 258 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול.

3.5.6.4. הוצאות עבור מוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, כאשר הצורך בהחלמה נקבע על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי - עד 827 ₪ לכל יום.

3.6. **פיצוי חד פעמי - בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח-**

נפטר חו"ח המבוטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה ע"פ פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) כתוצאה ישירה מהניתוח האמור, תשלם החברה ליורשיו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצוי חד פעמי בגובה 206,683 ₪.

4. **חריגים:**

בנוסף לחריגים הכלליים, המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

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

- 4.2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה וטיפולים פארא רפואיים.
- 4.3. הזלפות והזרקות לעור או לתת עור. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה או לאיברים פנימיים לא יכללו במסגרת חריג זה.
- 4.4. פריון ו/או עקרות.
- 4.5. מקרה ביטוח שאירע כתוצאה ממלחמה או פעולת איבה על רקע לאומני, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.
- 4.6. מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
- 4.7. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 4.8. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.8.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 4.8.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.9. טיפולים נפשיים.

פרק ד': ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל

1. הגדרות לפרק זה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

בקרת מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1. **שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח.** נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,500 ₪; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

3.2. **שכר מנתח**

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

3.4. **טיפול מחליף ניתוח;** וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה, בכתובת: www.harel-group.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

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

4. חריגים מיוחדים לפרק זה:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. המבוטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

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

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

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

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

4.4.1. **ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;**

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

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

4.6. **השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023;**

4.7. **מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;**

- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינ לחברה הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הינה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

בהמשך לאמור בתנאים הכלליים, קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לבירור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהייתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הברור.

6. תקופת אכשרה

90 ימים, אולם בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה בת 12 חודשים. תקופת אכשרה לא תחול במקרה של תאונה.

פרק ה': ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

(פרק זה יחול על מבטוח שבחר בכיסוי משלים זה במקום הכיסוי הביטוחי המפורט בפרק ד')

1. הגדרות:

- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:
- 1.1 **"בית חולים פרטי"** - אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
 - 1.2 **"שתל"** - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבטוח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
 - 1.3 **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבטוח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
 - 1.4 **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
 - 1.5 **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
 - 1.6 **"קופת חולים"** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
 - 1.7 **"מרפאה כירורגית פרטית"** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
 - 1.8 **"רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
 - 1.9 **"תכנית ביטוח כיסוי מלא ("מהשקל הראשון")"** - כיסוי לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל אשר תגמולי הביטוח בגינם משולמים ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבטוח בשב"ן.
 - 1.10 **"תכנית השב"ן"** - תכנית השב"ן של המבטוח בעת קרות מקרה הביטוח.
 - 1.11 **"תקופת אכשרה"** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבטוח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבטוח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטוח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטוח.
 - 1.12 **"תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן"** - תקופת זמן רצופה של חברות בשב"ן, במהלכה החבר בשב"ן חייב בתשלום דמי חבר אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתקנון השב"ן בהתייחס לניתוחים פרטיים בארץ.

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

3.1. **שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח.** נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,500 ש"ח. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

3.2. **שכר מנתח;**

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

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

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

4. תגמולי הביטוח:

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

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

בקרות מקרה הביטוח המבטח יהיה זכאי כדלקמן:

4.1. מבטח יהא זכאי על פי פרק זה לתגמולי הביטוח שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במקרה ביטוח במסגרת השב"ן שבו הוא חבר, עבור ניתוחים פרטיים בישראל ובלבד שבוצע באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

4.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבטח, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר

כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, יידרש המבטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

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

5. זכאות לברות ביטוח

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

6. חריגים מיוחדים לפרק זה:

סעיף החריגים בתנאים הכללים אינו חל על פרק זה. המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

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

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

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

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

6.4.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

6.4.2. ניתוח לקיצור קיבה למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

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

6.6. השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023;

6.7. מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;

- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי;

7. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

בהמשך לאמור בתנאים הכלליים, קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לבירור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהייתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הברור.

8. תקופת אכשרה: 90 יום, אולם בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים. תקופת אכשרה לא תחול במקרה של תאונה.

פרק ו': שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות מיוחדות

1.1. **"בדיקות אבחנתיות"** - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב בארץ או בחו"ל), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T) Capsule Wireless Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. במקרה שבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי המבוצע בחו"ל.

1.2. **"ניתוח גדול"** - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.

1.3. **"בדיקות ושירותים להריון"** -

1.3.1. בדיקת חלבון עוברי.

1.3.2. בדיקת שקיפות עורפית.

1.3.3. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.

1.3.4. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.

1.3.5. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה או דומה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסטי שליה לרבות, צ'יפ גנטי.

1.3.6. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.

1.3.7. בדיקת אקו לב של העובר.

1.3.8. בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון NIPT לסוגיה.

1.3.9. כל בדיקה אחרת הנדרשת למבוטחת במהלך ההריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.

1.3.10. **בדיקות לסיקור גנטי להורהים לפני הריון** ו/או במהלך הריון ו/או אחרי הריון - כגון סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.

1.4. **"מוסד החלמה"** - מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי ומוכר ע"י משרד הבריאות.

1.5. **"פיזיותרפיה/הידרותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ו/או הידרותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר נתנו או יינתנו למבוטח כשירות ו/או בדיקה ו/או טיפול בישראל ו/או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח, ובין אם באשפוז יום. המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

3. שירותי היעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח:

בקרת מקרה הביטוח, המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן:

3.1. **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שלוש התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה בשנת ביטוח, בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצות, ועד לתקרת החזר בסך 1,550 ₪ להתייעצות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות. היה וידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות התייעצות, יקוזז הסכום עליו "ויותר" המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות תכלול גם התייעצות אצל גנטיקאי, פרמקולוג ופסיכיאטר, וכן רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון וכן התייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי המבטח ישפה את המבוטח בגין שתי התייעצויות עם רופא מומחה בעת התרחשות האירועים הבאים:

סרטן, אי ספיקת כליות, טרשת נפוצה, עיוורון, שבץ מוחי, התקף לב ונכות מלאה ותמידית, ועד לתקרת החזר של 1,033 ₪ בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.2. **חוות דעת שניה בחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, חלופות טיפוליות בארץ או בחו"ל, או קביעת אבחנה רפואית, או דרך טיפול בבעיה, או בדיקת ממצאים רפואיים, או פענוח של בדיקות רפואיות, ביצוע מחקר רפואי אישי ממאגרי מידע דיגיטליים בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, הכולל תקציר כתוב בשפה העברית המסכם את תוצאות החיפוש חתום ע"י רופא ו/או מידען רפואי אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מ-4,650 ₪. במקרים בהם חוות הדעת ניתנת לחולים אונקולוגיים בשלב מחלה מתקדם במקרה (Stage 4) יעמוד סכום השיפוי על 7,751 ₪. המבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת בחו"ל על ידי רופא מומחה בתחום, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות טיסה והשהייה ועד 4,650 ₪.

3.3. **בדיקות אבחנתיות:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות ביצוע בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1, ועד סך של 12,401 ₪ לשנת ביטוח ועד סך של 7,234 ₪ לבדיקה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב, המפרטת את הבעיה הרפואית.

3.4. **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישפה את המבוטח, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהיסטוכימיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח שהינו עד 4,650 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.5. **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:** המבטח ישפה את המבוטח עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה עד סכום מרבי של 3,100 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.6. **טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים:** המבטח ישפה את המבוטח עבור טיפולי הפיזיותרפיה ו/או ההידרותפיה לרבות במים מתוקים או מלוחים. עד ל-4,650 ₪

לשנת ביטוח ולא יותר מ-12 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא מומחה.

3.7 טיפולי שיקום: המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולי שיקום על פי הוראת רופא כמפורט להלן: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק, עד 258 ש"ח לטיפול ולא יותר מ-20 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. או שיקום דיגיטלי לאחר ניתוח אורתופדי: מבוטח שעבר ניתוח להחלפת פרק ירך ו/או פרק ברך ו/או לאחר אירוע מוחי ו/או לאחר ניתוח לב ויבצע את השיקום לאחר הניתוח בביתו באמצעות מערכת שיקום דיגיטלית אשר מנחה את החולה ומדריכה אותו באמצעות אפליקציה ממוחשבת מפוקחת על ידי פיזיותרפיסט שיקומי, ישופה בסכום של עד 2,067 ש"ח לכל תקופת השיקום בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

בדיקות ושירותים אונקולוגיים:

3.8 טיפולים ובדיקות אונקולוגיות: המבטח ישפה את המבוטח עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או הפירטרמיה ו/או טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים או גלי קול או גלים מגנטיים או זרם חשמלי לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות קסדת novacur או דומה לה, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביווד רדיואקטיבי, טיפולים בקריי וטיפולים בקירור למניעה של נשירת שיער וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח לרבות החדרת ג'ל להפחתת רמות קרינה באברים סמוכים והחדרת גרגירי זהב להעלאת רמת הדיוק של הקרינה. כמו גם בדיקות הדמיה עם סומטוסטטין. כמו גם שמירת מח עצם ו/או הקפאת ביציות וזרע לשימור אצל חולה אונקולוגי המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 51,671 ש"ח לכל שנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 15%. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.

שירותי רפואה גנטיים:

3.9 בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות: בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או המינור ו/או שינוי בטיפול. בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה. המבטח ישפה את המבוטח לא יותר מהסכום של 31,002 ש"ח למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. לא יאושר תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה בדיקת מי שפיר.

טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים:

3.10 המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול באמצעות אוזון, תא לחץ, מאקרופגים או כל שיטה אחרת הנדרשת לטיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת ולא יותר מהסכום של 4,134 ש"ח לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

שירותי רפואה קרדיולוגיים:

3.11 מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי: המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, ועד לסך כולל של 3,720 ש"ח.

3.12. **התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב:** המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל ועד 207 ש"ח לחודש ועד 9 חודשים.

שירותי רפואה כלליים:

3.13. **החלמה לאחר ניתוח גדול או מחלת הסרטן:** המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ו/או חלה במחלת הסרטן וקיבל טיפול כימותרפי ו/או הקרנות ומממש את זכאותו במוסד החלמה מוכר עם תכנית ייעודית לחולים אונקולוגים. המבטח ישתתף במימון עלויות ההחלמה עד 75% מהוצאה בפועל ובלבד: במקרה של ניתוח גדול רק אם השהייה במוסד ההחלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים, עד לסכום 723 ש"ח ליום ועד 14 יום. במקרה של החלמה מסרטן, רק אם קיימת המלצה טיפולית של רופא החלמה במוסד ההחלמה אונקולוגית ועד לסכום של 723 ש"ח לכל יום טיפול ועד 21 ימי טיפול.

3.14. **טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות אוו ישפה את המבוטח, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום 4,134 ש"ח לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה לצורך התאמת האביזר או הטיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.15. **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי:** או טיפול ב-amblyopia המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום 207 ש"ח לטיפול בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.

3.16. **אח/ות פרטית:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אח/ות פרטית, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו לאחר אשפוז (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מ-775 ש"ח לכל יום ועד 14 ימים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 20% מההוצאה.

3.17. **אביזרים רפואיים:** המבוטח זכאי להחזר בגין הוצאות עבור אביזר רפואי, כולל במהלך אשפוז, כגון: מכשיר **אלקטרוני** ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol Nevrogar. Agrelief 10), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP. מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצינית/פנימית לשד מכל סיבה רפואית, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות במקרה של: קרטוקונוס, קוצר ראייה מעל 7, השתלת קרנית וריפוי קרנית, עדשה טלסקופית ולמבוטח עם אסטigmatism (צילינדר) של 2.5 ומעלה, שתל קוכולארי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית, בניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין או אביזר אחר שמטרתו זהה למטרת האביזרים ברשימה זו. ההחזר הינו עד הסכום 1,550 ש"ח לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.18. **הדפסת איברים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים להמחשה, הנדרשים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס. מבטח ישופה כנגד חשבונות/קבלה בסך של 2,067 ש"ח עבור הדמיית תלת מימד, 10,334 ש"ח

עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 36,170 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ו-15,501 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח. והכל בכפוף להשתתפות עצמית של 10%.

3.19 **חדר מלח:** המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, בכפוף להפניית רופא מומחה ועד 12 טיפולים בשנה ועד סכום של 124 ₪ לטיפול.

3.20 **שיקום הליכה ויציבה:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, או טיפול בג'ירוטוניק/בג'ירוקינזיס, לטיפול בהפרעה נוירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה כגון פגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבוטח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, או בלט דיסק הלוחץ על השק הדורלי ו/או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק. מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא אורתופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום, עד סכום של 4,134 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.21 **פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח:** מבוטח אשר יאושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על ידי המבטח בפיצוי יומי החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 יום עד 413 ₪ ליום.

3.22 **הזרקת חומרי סיכון למפרקים כגון: אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכון למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 3,100 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.23 **טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים), עד סכום מרבי של 4,650 ₪ לשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.24 **טיפול בכאב:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולים הנדרשים להקלת כאב לרבות כאבי גב ובלט דיסק, לרבות הזרקות או הזלפות של חומרים נוגדי כאב לגוף ישירות או תחת אמצעי הדמיה ו/או שימוש באביזרים טכנולוגיים מכל סוג שהוא לרבות גלי הלם, לייזר, תא לחץ ו/או השתלת קוצב נגד כאב, משאבה להזלפת נוגדי כאב או כל טיפול אחר הנדרש להקלה על הכאב ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הניירולוגיה או הכאב ומבוצע על ידי רופא מומחה. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור הטיפול עד תקרה של 1,550 ₪ לטיפול ו-10,851 ₪ לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי בגין אביזר כגון קוצב נגד כאב או משאבה, ישולם החזר בסך של 75% מעלות האביזר ולא יותר מ-31,002 ₪. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.25. **הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 3,100 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.26. **הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מיגרנה:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 3,100 ₪ בגין כלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.27. **הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית:** המבטח ישפה את המבוטח, עד סכום מרבי של 2,067 ₪ להזרקה ולא יותר מ-10,334 ₪ לסדרת הזרקות (בגין ההזרקה והחומר המוזרק גם יחד) בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.28. **קנאביס רפואי:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בקנאביס רפואי בסך של 1,033 ₪ לחודש ועד סכום ביטוח מרבי של 25,835 ₪ לכל תקופת הביטוח, ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק. תשלום לרופא מורשה להנפקת מרשם לשימוש בקנאביס כנגד קבלה יאושר במסגרת הכסוי להתייעצות עם רופא מומחה כאמור בפרק זה.

הריון ולידה:

3.29. **בדיקות, שירותים וטיפולים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח/ת תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל ועד 2,067 ₪. ובגין יעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההיריון ו/או לאחריו, עד 3,100 ₪. **בהריון מרובה עוברים התקרות תהייה 150% מהתקרות הנקובות לעיל.**

3.30. **הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה:** המבטח ישפה את המבוטחת בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה עד סכום 4,134 ₪ למקרה ביטוח.

3.31. **שימור דם טבורי:** המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות שהוציא בפועל עבור איסוף ושימור דם טבורי, וזאת עד 4,134 ₪ להריון ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20%.

3.32. **טיפולי פרייון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח/ת ב-80% מהסכום ששילם/ה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת בדיקות ו/או טיפולי פרייון של המבוטח/ת, לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) ו/או הזרעה ו/או שאיבה ו/או הקפאה של ביציות המבוצעת במבוטחת לצורך שימור, ו/או פעולות חודרניות ברחמה של המבוטחת או בחצוצרות ו/או פעולות חודרניות באשך, לרבות עלות ההקפאה ו/או קבלת תרומת ביצית ו/או זרע, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פרייון בישראל, וזאת עד תקרה בסך 20,668 ₪ לכל ילד ועד שני ילדים.

3.33. כיסוי הוצאות נלוות להריון ולידה:

המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שנגרמו לו עבור השירותים המפורטים להלן ולא יותר מהסכום:

3.33.1. בית החלמה לאחר לידה: המבטח ישלם למבוטח/ת תגמולי ביטוח בגין שימוש בשירותי בית החלמה / מלונית לאחר לידה, ועד 310 ש"ח ליום ולא יותר מ-3 ימים.

3.33.2. מיילדת פרטית: לידה בעזרת מיילדת פרטית בחדר לידה בבית חולים. הגדרתה של מיילדת פרטית לסעיף זה הינה: אח או אחות אשר הוסמך/כה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כאח/אחות מיילדת. עד 3,307 ש"ח.

3.33.3. שאיבה והקפאת ביציות:

כיסוי בכפוף למכתב מרופא מומחה המפרט את הצורך בשאיבה והקפאת ביציות. עד 20,668 ש"ח לתקופה של 3 שנים. 20% השתתפות עצמית.

אביזרים לאחר ניתוח:

3.34. המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל אביזרים הנדרשים לו לאחר ניתוח לצורך הגנה על האיבר המנותח: עד תקרת הסכום 2,584 ש"ח ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20%.

4. חריגים

בנוסף לחריגים הכלליים, יחולו החריגים להלן:

4.1. פגיעה כתוצאה ממלחמה או פעולת איבה על רקע לאומני, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

4.2. שימוש בסמים (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).

4.3. מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

4.4. ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.

4.5. מקרה ביטוח שאינו נובע מצורך רפואי לרבות מקרה ביטוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוחי תשבורת (תיקון ראייה) וניתוח להפחתת משקל.

4.6. טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות בישראל או בארה"ב או באירופה או בארץ מתן הטיפול או הבדיקה.

5. שיפוי שב"ן:

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה.

6. תקופת אכשרה: הריון ולידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 120 יום.

פרק ז': כתב שירות רפואה משלימה

1. מבוא:

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

2. הגדרות:

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

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

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

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

3. השירותים:

- 3.1. השירותים הכלולים בכתב שירות זה הינם כמפורט להלן, ושירותים אלו בלבד:
- 3.1.1. **אקופונקטורה (דיקור סיני)** - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 3.1.2. **שיטת טווינה** - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב עיסוי רקמות עמוק.
- 3.1.3. **רפלקסולוגיה** - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
- 3.1.4. **שיאצו** - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף.
- 3.1.5. **פלנדנקרייז** - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 3.1.6. **אוסטיאופתיה** - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 3.1.7. **ביו-פידבק** - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 3.1.8. **יעוץ דיאטטי** - התאמה אישית של תכנית תזונה למנוי.
- 3.1.9. **הומיאופתיה** - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.

- 3.1.10. **כירופרקטיקה** - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 3.1.11. **נטורופתיה** - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 3.1.12. **פרחי באך** - תמציות פרחים המסייעות ומונעות היווצרותה של הפרעה גופנית לפני שהיא מתבטאת במחלה.
- 3.1.13. **חדרי מלח** - טיפול בחדר מלח שהינו חדר המדמה מערת מלח, היות וכל פינתיו - הקירות, התקרה והרצפה - מצופות בשכבת מלח יבש בעובי וריכוז המשתנים ממקום אחד למשנהו, אך ריכוזו של המלח הוא תמיד גבוה מאוד ותמיד טבעי. תוך הזרמת חלקיקי מלח יבש אל תוך החדר. הטמפרטורה בחדר מלח עומדת על כ-22 מעלות והלחות עומדת על כ-41 אחוזים.
- 3.1.14. **עיסוי רפואי עקב אשפוז לאחר תאונה** - עיסוי אליו הופנה המנוי על ידי רופא שסיבתו הישירה הנה **עקב תאונה שבגינה אושפז** המנוי ושארעה למנוי במועד שכתב השירות בתוקף, ובתנאי שבוצע לא יאוחר מ-12 חודשים ממועד התאונה, שמטרתו להחזיר לגוף יכולת תפקוד תקינה, הקלה על כאבים, שחרר שרירים מכווצים (תפוסים), ושיפור טווחי התנועה במפרקים.
- 3.2. **השירותים יינתנו במרפאות נותן השירות שבהסכם בלבד**. במקרה בו לא קיים נותן שירות שבהסכם ברדיוס של עד 30 ק"מ ממקום מגוריו של המנוי יהא זכאי המנוי לקבל שיפוי חלקי כמפורט בסעיף 5.6 להלן.
- 3.3. על אף האמור לעיל, **השירותים המופעים ברשימה הסגורה שלהלן**, יכול שיינתנו בבית המנוי או במרפאת נותן השירות לפי בחירת המנוי: **אקופונקטורה (דיקור סיני)**, **שיטת טווינה**, **רפלקסולוגיה**, **שיאצו**, **פלדנקרייז**, **אוסטיאופתיה** כמפורט בסעיפים 3.1.1 - עד 3.1.6 לעיל.
- 3.4. **למען הסר ספק, השירותים לא יינתנו בבתי מלון.**
4. **תנאי מהותי להתחייבויות הספק על פי כתב השירות:**
- 4.1. **בכל עניין הקשור בקבלת שירותים על פי כתב השירות, המנוי יפנה למוקד השירות ויפעל בהתאם להוראות המפורטות בכתב השירות להלן.** הדבר לא יגרע מאפשרותו של המנוי לפנות למוקד השירות של החברה.
- 4.2. **קבלת אישור הספק מראש ובכתב לקבלת השירותים או לשיפוי בגינם, טרם ביצוע השירותים בפועל, הינה תנאי מהותי.** במקרה שלא פנה המנוי מראש לקבלת אישור הספק לביצוע השירות מסיבות מוצדקות, ונמצא כי היה זכאי לקבלת השירות על פי ההוראות המפורטות בכתב השירות, יהיה זכאי על פי הזכויות הנקובות בהוראות אלו.
5. **התחייבות הספק:**
- 5.1. מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לקבל את השירות לאחר תקופת אכשרה בת 90 יום, באמצעות נותן שירות שבהסכם, בכפוף להוראות כתב השירות ועל פי המפורט להלן:
- 5.2. המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות, אם המליץ, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של הפונה בגדר מנוי הזכאי לקבל את השירות המבוקש, בהתאם לכתב השירות.
- 5.3. סידרת הטיפולים לה יהא זכאי המנוי, תכלול עד 12 (שניים עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת, בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או מספר בעיות רפואיות באותה שנה, ובין אם הטיפולים יינתנו ע"י נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירות שפורטו לעיל ובין אם בטיפול משולב של נותני שירות בתחומי שירותים שונים, ובכל מקרה לא יותר מ-12 טיפולים בשנת ביטוח אחת.

- 5.4. אישר מוקד השירות בכתב את זכאות המנוי לשירות המכוסה על פי הוראות כתב השירות, יהיה זכאי המנוי לבחור את קבלתו כדלקמן:
- 5.4.1. פגישת הייעוץ הראשונה, תתואם על ידי מוקד השירות תוך 2 ימי עסקים מקבלת פניית המנוי למוקד. סדרת הטיפולים ומועד המדויק, יתואמו במלואם ע"י המנוי, מול נותן השירות שבהסכם אצלו נערך הייעוץ הראשוני
- 5.4.2. המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות.
- 5.4.3. רשימת נותני השירותים שבהסכם, תשתנה מעת לעת.
- 5.4.4. השתתפות עצמית:
- המנוי ישלם בגין קבלת השירות אצל נותן השירות שבהסכם, השתתפות עצמית כמפורט להלן:
- 5.4.4.1. סך של 70 ש"ח עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם **בבית המנוי** בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.1 - עד 3.1.6 לעיל.
- 5.4.4.2. סך של 55 ש"ח עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע **במרפאת נותן השירות** שבהסכם בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.1 - עד 3.1.14 לעיל.
- סכום ההשתתפות העצמית ישולם על ידי המנוי לנותן השירות שבהסכם או לספק, כפי שיימסר לו על-ידי מוקד השירות אך בשום אופן לא באמצעות החברה.
- על המנוי לשלם את סכום ההשתתפות העצמית לצורך קבלת השירותים בפועל.**
- 5.4.5. השירותים על-פי כתב השירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.
- 5.4.6. במקרה שמוני יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ-12 שעות טרם מועד הטיפול. **למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם.**
- 5.5. למען הסר ספק יובהר כי בכל מקרה לא יהיה זכאי המנוי לטיפולים מעבר לתקרת הטיפולים לשנה כנקוב בסעיף 5.3 לעיל בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או מספר בעיות רפואיות באותה שנה, ובין אם הטיפולים יינתנו על ידי נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.
- 5.6. במקרים בהם אישר מוקד השירות קבלת שירות שלא במסגרת נותן שירות שבהסכם כאמור בסעיף 3.2 לעיל, ישפה הספק את המנוי בסך 50% מעלות הטיפול ששולמה על ידי המנוי בפועל ולא יותר מ-100 ש"ח לטיפול. תשלום זה יתבצע כנגד מסירת קבלות על תשלום הטיפול אצל נותן שירות אחר שאינו בהסכם. למען הסר ספק, גם במקרה זה יהיו תקפים כל התנאים המפורטים בכתב השירות לרבות מכסת הטיפולים ורשימת השירותים.
- 6. אופן קבלת השירותים:**
- 6.1. נזקק מנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו, ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי בגינו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש.
- 6.2. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום שעתיים לאחר שעת סיום צום יום כיפורים. הספק

רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות, בתיאום ובאישור החברה, ובלבד שימסור על כך הודעה מראש בכתב למנויים.

6.3. **המנוי יעביר לספק, באופן שיוורה לו מוקד השירות, את ההפניה בכתב מהרופא לקבלת השירות בשל מצבו הרפואי כאמור בסעיף 5.1 לעיל.**

6.4. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.

6.5. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו, למעט כמצוין בסעיף 3.3 לעיל.

6.6. עם סיום כל טיפול, יחתום המנוי על ספח ביקורת המאשר את קבלת הייעוץ או הטיפול.

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

7. חריגים:

7.1. **המנוי לא יהיה זכאי לשירותים ו/או לשיפוי או החזר הוצאות שהוצאו בגינם, כולם או מקצתם, בכל עניין הקשור ו/או הנובע מהמקרים הבאים:**

7.1.1. בעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול).

7.1.2. תחומי הרזיה, בעיות השמנת יתר, שינוי משקל, למעט במקרה בו נקבע על ידי רופא בכתב כי קבלת הטיפול בגין נושאים אלו נובעת מצורך רפואי כאמור בסעיף 3.1.8.

7.1.3. השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.

7.1.4. קבלת שירות אצל נותן שירות שאינו נותן שירות בהסכם למעט כאמור בסעיף 5.6 לעיל.

7.1.5. פגיעה בפעילות נותן השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת נותן השירות.

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

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

9. תשלום דמי המנוי:

9.1. דמי המנוי הינם כמפורט בפוליסה.

9.2. במקרה של תשלום דמי המנוי ע"י הוראת קבע לבנק לתשלום דמי המנוי או בתשלום קבוע באמצעות כרטיס אשראי, תראה החברה את זיכוי חשבונה בבנק או זיכוי חשבונו החברה בחברת האשראי, לפי העניין, כתשלום דמי המנוי.

9.3. אם לא ישולמו דמי המנוי במלואם, אזי:

9.3.1. החברה תהיה זכאית לבטל את כתב השירות על-פי נספח זה בהתאם להוראות חוק חוזה ביטוח, תשמ"א-1981.

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

10. תוקפו של כתב השירות

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

11. תנאי הצמדה

כל הסכומים הנקובים בכתב השירות יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.

פרטי התקשרות

מדנס סוכנות לביטוח

מוקד שירות טלפוני: 03-6380360

שלוחה 1: מוקד השירות לאחר הצטרפות

שלוחה 2: מוקד ההצטרפויות

briutlaw@madan.es.com

המענה יינתן תוך יום עסקים 1 בלבד

052-8259424 וואטסאפ

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000

052-7544589 וואטסאפ

ניתן להגיע אלינו גם באמצעות הלינק:

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

אבא הלל 3, בית הראל,

ת"ד 10951, רמת גן 5252202

