



רפאל

תמיד כאן בשבילך



תוכנית ביטוח בריאות
לעובדי ולגמלאי רפאל ולבני משפחותיהם

עובדי וגמלאי רפאל,

הנהלת רפאל בשיתוף וועדי העובדים שמחים להציג בפניכם את "רפואלי" המשודרג - תכנית הבריאות הייחודית לעובדי וגמלאי רפאל ולבני משפחותיהם.

במסגרת החידוש, פעלנו על מנת להתאים את פוליסת הבריאות לטכנולוגיות ולשירותי הרפואה המתקדמים - הגדלו סכומי הביטוח, התווספו מגוון שירותים לסל השירותים האמבולטוריים, וכמו כן הוספנו שירותים חדשים לרובד הרשות, כל זאת בעלויות אטרקטיביות אל מול הכיסויים הרבים הקיימים בפוליסה.

מה כולל הביטוח?

רובד מורחב - רובד זה נותן מענה רחב למגוון שירותים ומהווה השלמה לשירותים הניתנים על ידי מערכת הבריאות הציבורית והביטוחים המשלימים של קופות החולים:

השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים פרטיים בחו"ל, כיסוי משלים לניתוחים פרטיים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח (מסלול משלים שב"ן), ושירותים אמבולטוריים וכיסויים נוספים (התייעצויות, בדיקות ועוד כיסויים רבים).

הרחבה לניתוחים מהשקל הראשון (רובד לבחירה) - הרחבה זו מעניקה כיסוי מלא לניתוחים, ללא תלות בשירותי הרפואה הציבורית ובביטוח המשלים של קופות החולים. כלומר, ההרחבה מבטלת את הצורך להפעיל את הביטוח המשלים של קופות החולים ומאפשרת לתבוע רק את חברת הביטוח.

רובד רשות (רובד לבחירה) - ההשלמות הדרושות לכיסוי ביטוחי מיטבי: שירותי רפואה משלימה, יעוץ פסיכולוגי, אבחון מהיר באסותא, רפואה אישית און-ליין, שירות רופא מלווה אישי.

חוברת זו מציגה את מכלול התנאים והכיסויים הייחודיים של תוכנית "רפואלי", וכן את מחירי הביטוח, כיצד לנהוג בעת תביעה ופרטים רלוונטיים נוספים.

אנו מזמינים אתכם להצטרף לביטוח ולצרף את בני משפחותיכם ומאמינים כי תוכנית ביטוח הבריאות תעניק לכם רשת ביטחון ואיכות חיים.

בברכת בריאות טובה,

משאבי אנוש רפאל

תוכן עניינים

4	גילוי נאות
19	פוליסה לביטוח רפואי לעובדי רפאל ובני משפחותיהם
41	פרק 1: השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
46	פרק 2: טיפול תרופתי מיוחד
50	פרק 3: ביטוח לניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
54	פרק 4א: כיסוי משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
58	פרק 4ב: כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מ"השקל הראשון"
61	פרק 5: שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים
69	רובד רשות
70	פרק 6: כתב שירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)
76	פרק 7: כתב שירות - שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי
79	פרק 8: כתב שירות - "אבחון מהיר"
85	פרק 9: כתב שירות - "רופא מלווה אישי"
96	פרק 10: כתב שירות - "רפואה אישית און ליין"

גילוי נאות

טלפון *2735	כתובת הדואר האלקטרוני	אבא הלל 3, ת"ד 1951,	כתובת אתר האינטרנט
פקס 037348178	polisotbs@harel-ins.co.il	רמת גן 5211802	www.harel-group.co.il

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי רפאל ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי רפאל ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	רובד מורחב השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, טיפול תרופתי מיוחד, ניתוחים פרטיים בחו"ל, כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח - מסלול שב"ן או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מסלול מהשקל הראשון, שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים. רובד רשות כתב שירות רפואה משלימה, כתב שירות ייעוץ פסיכולוגי, כתב שירות "אבחון מהיר", כתב שירות "רופא מלווה אישי", כתב שירות "רפואה אישית און ליין". *בהתאם לרבדים שנרכשו ע"י המבוטח
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.2.2021 ועד ליום 31.1.2026.

רובד מורחב**השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל**

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

טיפול תרופתי מיוחד

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

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

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול 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.

או

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ-מסלול מהשקל הראשון

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.

שירותים רפואיים אמבולטוריים

השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים/הידרותפיים/ספורטרפיים, טיפול בהתפתחות הילד ועוד.

רובד רשות

כתב השירות- שירותי רפואה משלימה

אפשרות לבצע טיפולים מתחום הרפואה המשלימה - כגון שיאצו, רפלקסולוגיה ועוד, על פי הרשימה המצוינת בכתב השירות. המבוטח יהיה זכאי לבצע עד 20 טיפולים בשנת ביטוח. השירות ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד עם ספק השירות.

כתב שירות סיוע וייעוץ פסיכולוגי

עד 15 פגישות עם פסיכולוג בקליניקה פרטית. השירות ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד גם ספק השירות.

כתב שירות "אבחון מהיר"

מתן אפשרות לבצע תהליך של אבחון פרטי הכולל בדיקות הנדרשות תוך זמן קצר, בבית החולים אסותא.

מבוטח שפונה לקבלת השירות, יעבור תהליך אבחון לקביעת אופי המחלה או המצב הרפואי, באמצעות רופא מומחה וביצוע כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות וקבלת דו"ח אבחון בסיום התהליך- וכל זאת תוך מספר ימים בלבד. בהתאם להשתתפות העצמית הנקובה בפוליסה.

כתב שירות - רופא מלווה אישי

קבלת מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול ובמהלך ההחלמה. בהשתתפות עצמית של 380 ש.

כתב שירות "רפואה אישית און ליין"

במסגרת כתב השירות ניתן להתייעץ עם רופא בשיחת וידיאו באמצעות הטלפון הסלולרי, המחשב או הטאבלט, ולקבל מרשמים לתרופות, המלצות לבדיקות המשך והפנייה למרפאה לרפואה ראשונית או לחדר מיון.

באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:
 חריגים כללים לפוליסה - סעיף 16.
 פרק 1: השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - סעיף 8.
 פרק 2: טיפול תרופתי מיוחד - סעיף 6.
 פרק 3: ניתוחים פרטיים בחו"ל - סעיף 6.
 פרק 4א: כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח - מסלול שב"ן - סעיף 6.
 פרק 4ב: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מסלול מהשקל הראשון - סעיף 4.
 פרק 5: שירותים אמבולטוריים וכיסויים נוספים - סעיף 3.
 פרק 6: כתב שירות רפואה משלימה - סעיף 7.
 פרק 7: כתב שירות סיוע וייעוץ פסיכולוגי - סעיף 3.
 פרק 8: כתב שירות אבחון מהיר - סעיף 3.
 פרק 9: כתב שירות רופא מלווה אישי - סעיפים 2.1.2, 2.2.2, 2.7.2, 2.12.2, 2.13.2, 2.14.2, 2.15.2, 2.22.2, 2.23.2, 2.25.
 פרק 10: כתב שירות רפואה אישית און ליין - סעיף 5.
 באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>גובה הפיצוי הכספי שיקבל המבוטח</p> <p>פרק 1: השתלות, סעיף 6 - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 353,000 ₪.</p> <p>פרק 5: שירותים אמבולטוריים - סעיף 1.24.7 - פיצוי בסך 222,000 ₪ בגין מוות כתוצאה מניתוח.</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹</p>
<p>פרק 4 א': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח - מסלול שב"ן, תקופת אכשרה של 180 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p> <p>פרק ב': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p> <p>פרק 5: שירותים אמבולטוריים, תקופת אכשרה של 12 חודשים בגין ניתוחי חניכיים ותקופת אכשרה של 180 יום בגין הוצאות טיפולי פוריות ובדיקות והתייעצויות לנשים בהריון.</p> <p>פרק 6: כתב שירות רפואה משלימה, תקופת אכשרה של 180 ימים.</p> <p>פרק 8: כתב שירות אבחון מהיר, תקופת אכשרה של 60 ימים.</p> <p>פרק 9: כתב שירות רופא מלווה אישי, תקופת אכשרה של 90 ימים.</p> <p>כל האמור לעיל לא יחול על מבוטחים שהצטרפו במהלך חלון ההצטרפות. בנוסף:</p> <p>מבוטח המבקש לעבור למסלול ניתוחים מהשקל הראשון לאחר תקופת חלון ההצטרפות של 120 יום, תחול עליו תקופת אכשרה של 3 חודשים.</p> <p>מבוטח המבקש לרכוש את רובד הרשות לאחר תקופת חלון ההצטרפות של 120 יום, תחול עליו תקופת אכשרה של 6 חודשים.</p> <p>בני משפחה מצומצמת חדשים של גמלאי (כגון: נישואין, לידה, אימוץ) רשאים להצטרף לפוליסה זו בכפוף למילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות ועם תקופת אכשרה של 3 חודשים (למעט מקומות בהן מצוינת תקופת אכשרה רחבה יותר).</p>	<p>אחרי כמה זמן מקרת הביטוח זכאי המבוטח לתגמול (המתנה)²</p>
<p>פרק 5: שירותים אמבולטוריים, תקופת המתנה של חודשיים בגין אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח.</p>	

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

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

תמצית פרטי הפוליסה

<p>השתתפות עצמית</p> <p>פרק 2: טיפול תרופתי מיוחד, השתתפות עצמית של 220 ₪ למרשם לחודש ולא יותר מ-440 ₪ לסך כל המרשמים לאותו חודש.</p> <p>פרק 5: שירותים אמבולטוריים, השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>השתתפות עצמית של 150 ₪ בגין התייעצות עם רופא מומחה שבהסכם עם הראל. השתתפות עצמית של 10% בגין חוות דעת שניה בחו"ל. השתתפות עצמית של 25% בגין שירותי פונדקאות, אביזרים רפואיים, טיפול בדם נשימה ובהפרעות נשימה בשינה.</p> <p>פרק 6: כתב שירות רפואה משלימה, השתתפות עצמית של 70 ₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות אצל נותן שירות שבהסכם בבית המנוי בגין השירותים המפורטים בסעיפים -3.1.1 עד 3.1.6. בכתב השירות או סך של 42 ₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע במרפאת נותן השירות שבהסכם בגין השירותים המפורטים בסעיפים -3.1.1 עד 3.1.14 בכתב השירות.</p> <p>פרק 7: כתב שירות סיוע וייעוץ פסיכולוגי - השתתפות עצמית של 80 ₪ לפגישה ראשונה ו-100 ₪ לכל אחת מ-14 הפגישות הנוספות.</p> <p>בפרק 8: כתב שירות "אבחון מהיר" - השתתפות עצמית לכל שירות כמפורט בכתב השירות.</p> <p>פרק 9: כתב שירות רפוא מלווה אישי - השתתפות עצמית של 380 ₪.</p> <p>פרק 10: כתב שירות -רפואה אישית און ליין - השתתפות עצמית לכל שירות כמפורט בכתב השירות.</p>	
<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים</p>	<p>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</p>

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח

קבוצה א'

רובד הרשות	הרחבה לכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון	רובד מורחב	סוג מבטח
20.64 ₪	50.26 ₪	75.40 ₪	עובד
20.64 ₪	50.26 ₪	75.40 ₪	בן/ת זוג
16.31 ₪	8.80 ₪	36.65 ₪	ילד צעיר עד גיל 30
20.64 ₪	50.26 ₪	75.40 ₪	ילד בוגר

התשלום הינו עבור ילד צעיר אחד בלבד, החל מילד צעיר שני ואילך, חינם.

קבוצה ב':

רובד הרשות	הרחבה לכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון	רובד מורחב	מבטח
16.31 ₪	9.00 ₪	31.07 ₪	עד גיל 29
20.64 ₪	51.42 ₪	69.64 ₪	30 עד 49
20.64 ₪	51.42 ₪	101.78 ₪	50 עד 54
20.64 ₪	51.42 ₪	112.50 ₪	55 עד 59
20.64 ₪	51.42 ₪	133.93 ₪	60 עד 66
20.64 ₪	106.40 ₪	273.20 ₪	67 ומעלה

רובד רשות:

כיסוי	פרמיה ב-₪ עבור מבטח בוגר	פרמיה ב-₪ עבור מבטח ילד
רפואה משלימה	5.00 ₪	3.95 ₪
אבחון מהיר	4.70 ₪	3.71 ₪
רופא מלווה	1.00 ₪	0.79 ₪
רופא און ליין	5.00 ₪	3.95 ₪
ייעוץ פסיכולוגי	4.94 ₪	3.90 ₪
סה"כ	20.64 ₪	16.31 ₪

(מדד שפורסם ביום 15.1.2021)

דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבטח בראשון לחודש יום ההולדת.

לאחר 18 חודשים ולאחר 42 חודשים מיום תחילת הבטוח יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.

שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 4 ו-6 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	<p>השתלה לפי סעיף 1.2 - לב; לב-ריאה; ריאה; ריאה; אונת ריאה; כליה; כליה-לבלב; כבד לרבות אונת כבד; רחם; שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם; מח עצמות לרבות השתלה עצמית או השתלה מתורם אחר או השתלת תאי אב ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר או מתרומה עצמית לטיפול במחלות אונקולוגיות ו/או המטו-אונקולוגיות בלבד; לבלב; קרנית ו/או השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אותו אדם או אדם אחר במקומם (לרבות איבר מלאכותי ו/או איבר מודפס ו/או תפועל איבר באמצעות איבר מלאכותי), לרבות השתלה עצמית, וכן השתלת איבר מבע"ח.</p> <p>בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל 390 יום, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד.</p> <p>סעיף 6 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.</p>	<p>סעיף 3.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p>סעיף 3.1.1 - עד לסך של 5,050,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p> <p>סעיף 6 - פיצוי חד פעמי בסך 353,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה.</p>	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	<p>סעיף 1.4 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.</p>	<p>סעיף 3.1.2 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם או עד לסך של 1,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p>	

ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
	<p>סעיף 4.17 - קצבה חודשית בסך 3,500 ₪ לתקופה של עד 6 חודשים למבוטח הזקוק להשתלה והמרותק למיטתו. מבוטח השוהה באשפוז זכאי לקצבה בגובה 50% מהסכום המצוין לעיל.</p> <p>סעיף 5 - סכום חודשי בסך 7,200 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים, למעט השתלת קרנית ו/או השתלת מח עצם עצמי.</p> <p>במקרה של השתלת מח עצם עצמית סכום הפיצוי הנוסף יעמוד על 3,600 ₪ בלבד לחודש.</p>	<p>סעיף 4.17 - קצבה חודשית למבוטח הנזקק להשתלה והמרותק למיטתו.</p> <p>סעיף 5 - לאחר ביצוע השתלה.</p>	גמלת החלמה
<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>			הערות

תרופות מיוחדות

ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>השתתפות עצמית של 220 ₪ לרשם תרופתי, אך לא יותר מ-440 ₪ לחודש בגין סך כל המרשמים לאותו חודש.</p> <p>אם עלות הטיפול התרופתי עולה על 7,000 ₪ לחודש לא יחול על המבוטח תשלום השתתפות עצמית.</p>	<p>סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 2,000,000 ₪ לכל 30 חודשי ביטוח.</p> <p>עבור תרופת יתום ותרופה לפי סעיף 29 ג' - סכום ביטוח מירבי הינו עד 1,500,000 ₪ לכל 30 חודשי ביטוח.</p> <p>עבור תרופת IND - סכום ביטוח מירבי עד 500,000 ₪ לסך מקרי הביטוח לכל 30 חודשי ביטוח.</p>	<p>סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום או תרופה לפי סעיף 29 ג' או תרופת IND, כהגדרתן פרק זה.</p>	<p>תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות</p>
	<p>עד לסך של 7,000 ₪ לכל סדרת טיפולים.</p>	<p>סעיף 3.2 בפרק- שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה</p>	<p>הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה</p>
<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>			<p>הערות</p>

ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניית/מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל	סעיף 4 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח/ מחליף ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, 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, יינתן שיפוי עד העלות שהייתה משולמת לניתוח דומה לנותני שירות בהסכם. למרות האמור לעיל, אם הניתוח לא אושר ותואם מראש ע"י המבטח, יכסה המבטח את עלות הניתוח ובכל מקרה לא יותר מ-200% מעלות כוללת של ביצוע הניתוח בארץ ולא יותר מסך של 250,000 ₪ (הנמוך מביניהם), אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל.
הוצאות שהייה	סעיף 5.3 בפרק - הוצאות שהייה	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 800 ₪ ליום ועד לסך של 81,000 ₪. לשני מלווים יינתן הכיסוי למבטח מתחת לגיל 18 עד 1250 ₪ ליממה לשני מלווים ועד 121,000 ₪.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 4.10 בפרק הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל	כיסוי מלא.
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.	

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	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטיון, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ 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	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטיון, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית, ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	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>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.</p>	

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מ"השקל הראשון"		
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>	

ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	סעיף 1 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.	סעיף 2 - אין תקופת אכשרה למעט במקרה של הוצאות טיפולי פוריות ובדיקות הקשורות בהיריון - 180 יום.	
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 1.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה או רופא נשים, למעט רופא ילדים בדרג של סגן מנהל מחלקה ומעלה).	כיסוי עד ל-1,050 ש"ח להתייעצות ועד 4 ס"ח לשנת התייעצויות למבוטח.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 1.4 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 5,050 ש"ח לבדיקות אבחנתיות ועד 15,000 ש"ח עבור בדיקת הדמיה כמו M.R.I, למבוטח לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים / הידרותרפיים / ספורטתרפיים	סעיף 1.5 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים / הידרותרפיים / ספורטתרפיים, לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-2,520 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח		20% מההוצאה בפועל

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

ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום הממקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³	השתתפות עצמית
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 1.8 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון ולא רק סריקות מערכות, בדיקות מי שפיר, בדיקות סיסי שיליה, גושה, שיקוף עורפי, בדיקות לגילוי גנים נשאים לסיסטיק פיברוזיס, תסמונת איקס שביר, מובהר בזאת כי בדיקות מסוג וריפיי, צ'יפ גנטי, ניפטי, הורמוני וכל תחליף מי שפיר אחר מכוסות תחת סעיף זה, בדיקות גנטיות טרום הריון וכל הבדיקות הגנטיות שקיימות היום או שתהיינה בעתיד ומבוצעות בגבר או באשה	כיסוי עד 4,550 ₪ לכל סדרת בדיקות הריון. במקרה של תאומים - החזר בתוספת 50% לסכום הביטוח האמור לעיל.	סעיף 2 - 180 יום	20% מההוצאה בפועל
טיפול בבעיות התפתחות הילד/ ליקוי למידה	סעיף 1.15 לפרק - החזר בגין טיפולים בבעיות התפתחות הילד לילדים עד גיל 21: קלינאית תקשורת, פסיכולוג התפתחותי, טיפול בשיטת אלבאום, טיפול בהוראה מתקנת או אבחון או טיפול בבעיות או ייעוץ ו/או טיפול בלקויי למידה ו/או באמצעות שיטת טיפול אחרת, למעט ריפוי בעיסוק.	כיסוי עד 155 ₪ לפגישה ועד 16 מפגשים לכל שתי שנות ביטוח.		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	השתתפות עצמית
טיפול רפואה משלימה	סעיף 3: מבוטח יהיה זכאי לבצע את הטיפולים שלהלן אצל נותן שירות שבהסכם: אקופונקטורה, שיטת טווינה, רפלקסולוגיה, שיאצו, פלדנקרייז, אוסטיאופתיה, ביו פידבק, ייעוץ דיאטטי, הומיאופתיה, כירופרקטיקה, נטורופתיה, פרחי באך, חדרי מלח, עיסוי רפואי, שיטת פאולה, שיטת אלכסנדר, רפואה סינית. השירותים יינתנו במרפאות נותן השירות שבהסכם בלבד. במקרה בו לא קיים נותן שירות שבהסכם ברדיוס של עד 20 ק"מ ממקום מגוריו של המנוי יהא זכאי המנוי לקבל שיפוי חלקי. למרות האמור לעיל, עבור השירותים הבאים: אקופונקטורה, שיטת טווינה, רפלקסולוגיה, שיאצו, פלדנקרייז, אוסטיאופתיה, מבוטח יוכל לבחור לקבל אותם בבית או במרפאת נותן שירות.	עד 20 טיפולים בשנת ביטוח. סעיף 5.4.5 לכתב שירות- במקרה בו אושרה קבלת שירות אצל נותן שירות שלא בהסכם על פי התנאים המפורטים בכתב השירות, ישפה הספק את המבוטח בסך 80% מעלות הטיפול ששולמה על ידי המבוטח בפועל ולא יותר מ-167.3 ₪ לטיפול. במקרה והמבוטח ביצע טיפולים אצל ספקי הסדר של השב"ן בקופ"ח, יקבל החזר של ההשתתפות העצמית ששילם לשב"ן ולא יותר מ-200 ₪ ועד 20 טיפולים בשנת ביטוח.	סך של 42 ₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע במרפאת נותן השירות שבהסכם עבור כל הטיפולים המפורטים בפרק. סך של 70 ₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם בבית המבוטח עבור: אקופונקטורה, שיטת טווינה, רפלקסולוגיה, שיאצו, פלדנקרייז, אוסטיאופתיה.

ממד הפוליסה 15.1.2021.

מידע נוסף:

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

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

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסה לביטוח רפואי לעובדי רפאל

ובני משפחותיהם

בין: הראל חברה לביטוח בע"מ
מרחוב אבא הלל 3, רמת גן
(להלן "הראל" או "חברת הביטוח" או "המבטח")

מצד אחד;

לבין: רפאל מערכות לחימה מתקדמות בע"מ
ת"ד 2250 חיפה 31021

מצד שני;

(להלן "בעל הפוליסה" או "רפאל")

הואיל: והמבטח מפעיל תכניות לביטוח בריאות;

והואיל: ורפאל מעוניינת להמשיך ולבטח את עובדיה ואת בני משפחותיהם ולאפשר לעובדיה ולבני משפחותיהם לרכוש שירותי ביטוח בריאות, הכל כמפורט בפוליסה זו;

והואיל: והמבטח מוכן לבטח את המבוטחים, כהגדרתם בהסכם זה, לתקופת ההסכם ובתמורה, בתנאים המפורטים להלן;

לפיכך מצהירים, מתנים ומסכימים הצדדים כדלקמן:

1. מבוא, נספחים והגדרות

1.1. המבוא והנספחים להסכם זה מהווים חלק בלתי נפרד הימנו.

1.2. כותרות הסעיפים הן לנוחות בלבד ואין להסתייע בהן למטרות פרשנות ההסכם.

1.3. למונחים הבאים תהיה בהסכם זה המשמעות המצוינת לצדם בכל הפוליסה.

מובהר כי כל הוראות הסכם זה, לרבות ההגדרות שבו, נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח, ובכלל כך ההגדרות שנקבעו בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.

"אח/אחות" אח או אחות בעלי תעודת הסמכה של רשות מוסמכת בישראל ו/או בחו"ל;

"אשפוז" שהייה בבית חולים ו/או מרפאה לצורך ו/או עקב ניתוח ו/או טיפול ו/או ריפוי המכוסה בפוליסה;

"ביטוח קודם" ביטוח קודם רפאל או ביטוח קודם אחר, כהגדרתם להלן;

"ביטוח קודם אחר" ביטוח רפואי בחברת ביטוח כלשהי (פרטי או קבוצתי) שחל על אדם ערב תאריך הצטרפותו לפוליסה זו;

"ביטוח קודם רפאל" ביטוח רפואי באמצעות רפאל שחל על האדם ערב תאריך הצטרפותו לפוליסה זו, לרבות ביטוח רפואי אצל המבטח;

"בית חולים" מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים אשר ברישיונו מופיע היתר לבצע את סוג הניתוח או הפעולה הנדרשת לפי העניין;

<p>בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל, כבית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי המופעל כבית חולים פרטי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ שר"ן ו/או קרנות מחקר למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ ("כיסוי לניתוחים מהשקל הראשון", משלים שב"ן);</p>	<p>"בית חולים פרטי"</p>
<p>בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 שינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג; בן/בת זוגו של עובד או של גמלאי או של ילד, לרבות ידועה/ה בציבור ולרבות בן/ת זוג מאותו המין;</p>	<p>"בית חולים ציבורי" "בן הזוג"</p>
<p>אחים, אחיות, הורים של העובד או של בן/ת הזוג;</p>	<p>"בני משפחה מורחבת"</p>
<p>בן הזוג ו/או ילדים כהגדרתם לעיל ולהלן.</p>	<p>"בני משפחה מצומצמת"</p>
<p>דף המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של המבוטח, מועד תחילת הביטוח, סכומי הביטוח, דמי הביטוח וכיוצא בזה;</p>	<p>"דף פרטי ביטוח"</p>
<p>חוזה ביטוח זה, או פוליסה זו או ביטוח רפואי זה לרבות תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי ביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו;</p>	<p>"הפוליסה", "פוליסת ביטוח", "פוליסה קבוצתית", "ביטוח קבוצתי", "ביטוח הבריאות" (כל אחד מהם)</p>
<p>הממונה על רשות שוק ההון ביטוח וחסכון.</p>	<p>"הממונה"</p>
<p>חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח;</p>	<p>"השתתפות עצמית"</p>
<p>כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל;</p>	<p>"חו"ל"</p>
<p>תקופה בת 120 ימים שבה מבוטח יהיה זכאי להצטרף לפוליסה ללא חיתום ו/או ללא מילוי הצהרת בריאות</p>	<p>"חלון ההצטרפות"</p>
<p>חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד - 1994;</p>	<p>"חוק הבריאות"</p>
<p>נטילת תרופה על-פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך. ההגדרה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח -18-1-2015 "הוראות לענין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי".</p>	<p>"טיפול תרופתי"</p>
<p>ילדי העובד ו/או ילדי בן הזוג ו/או ילדי גמלאי ו/או ילדים של ילד עובד או גמלאי (כולל ילדים שאומצו וילדי אומנה);</p>	<p>"ילד"</p>
<p>מדינת ישראל, לרבות שטחי יהודה ושומרון הנמצאים בשליטת ישראל; כל אחד מאלה: עובד/גמלאי שהצטרף לפוליסה; בני המשפחה המצומצמת שהצטרפו לפוליסה מכוח הודעה מפורשת למבטח ו/או מכוח העברת בקשה (טופס הצטרפות) בדבר רצונו לצרף את כל ילדיו לרבות אלו שיוולדו ו/או יאומצו בעתיד בהתאם לאמור בסעיף 4.3.2 להסכם ככל שיהיה רלוונטי; בני משפחה מורחבת המבוטחים בביטוח קודם רפאל.</p>	<p>"ישראל" "מבוטח"</p>

מבוטח שהיה מבוטח בביטוח קודם לרבות ביטוח קודם רפאל וביטוח קודם אחר;	"מבוטח קיים"
מערך עובדתי ונסיבתי אשר מקנה למבטוח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה. למען הסר ספק מובהר בזאת כי לא ייבחן מצבו הרפואי של המבטוח טרם ההצטרפות לביטוח זה ו/או לביטוח קודם רפאל ו/או לא ייבחן ליקוי בריאותי שקיים בעת ההצטרפות לביטוח או כל מערכת נסיבות אחרת העלולים להוביל לצורך לניתוח או כל כיסוי אחר, למעט אם הוחרג מקרה הביטוח על פי הצהרת הבריאות ו/או אם נקבע אחרת בסעיף החריגים בכל אחד מהפרקים הרלוונטיים ובאופן שנקבע בסעיף החריגים;	"מקרה ביטוח"
מקום המספק שירותי בריאות מכל סוג שהוא באמצעות קופת חולים ו/או באופן פרטי הכלול בהסדר עם המבטח או שאינו כלול בהסדר עם המבטח.	"מרפאה"
בית חולים פרטי כהגדרתו לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח במועד הגשת התביעה על ידי המבטוח ("בית חולים בהסכם") ו/או רופא שהוסמך על ידי הרשויות בישראל או בחו"ל ("רופא שבהסכם") ו/או כל גוף אחר עמו קשור או יתקשר המבטח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטח במועד קבלת השירות בפועל;	"נותן שירות שבהסכם"
עובד/ת של רפאל ו/או עובד מחברות הבנות של רפאל שצורפו לפוליסה זו הזכאי לכיסוי ביטוחי, עפ"י מדיניות רפאל שתיקבע מעת לעת;	"עובד"
הסכום בגין הפוליסה שעל המבטוח ו/או רפאל לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה;	"פרמיות"
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994; מבלי לגרוע מכלליות האמור, קופות חולים שהוכרו על ידי שר הבריאות שהן: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית;	"קופת חולים"
העברת מבוטח מביטוח קודם (כהגדרתו לעיל) ו/או המשך ביטוח קודם רפאל ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה עבור הכיסויים הדומים והסכומים החופפים;	"רצף ביטוחי"
תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות, על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבטוח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך;	"שירותי בריאות נוספים (שב")"
תקופה בת 12 חודשים רצופים, שהראשונה בהם מתחילה בתאריך ההצטרפות לביטוח;	"שנת ביטוח"
התאריך בו הצטרף המבטוח לפוליסה או תאריך ההצטרפות של מבוטח קיים לביטוח קודם;	"תאריך הצטרפות"
01.02.2021	"תאריך תחילת הביטוח"

"תותבת" ו/או "שתל"

כל אביזר או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המורכבים בגוף המבוטח, לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור, כל אביזר טבעי או חלק מאביזר טבעי או אביזר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי ובכלל זה משתלים מיוחדים או משתלים גיילים או מפרשי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח, המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך, סטנט וכו') למעט תותבת שניימ, שתל דנטלי ושתל במהלך ההשתלה (כמפורט בהגדרת השתלה), זאת מבלי לגרוע מהאמור בהסכם זה; **למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ ("כיסוי לניתוחים מהשקל הראשון", משלים שב"ן);**

"תקופת אכשרה"

תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בנספח הרלוונטי שצורף לפוליסה. למען הסר ספק, בכל הכיסויים לפי הסכם זה לא תהיה תקופת אכשרה למעט אם נאמר במפורש אחרת. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות. תקופת האכשרה תחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה, במקרים בהם קיימת אכשרה, דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח למעט מקרה ביטוח שארע כתוצאה מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה;

"תקופת הביטוח"

התקופה המתחילה במועד תחילתו של הסכם זה או מועד חידושו, לפי המאוחר, והמסתיימת בתום 60 חודשים או במועד סיום תוקפו של הסכם זה, לפי המוקדם;

"תקופת המתנה"

תקופה זמן רצופה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מספר הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי;

"תקרת כיסוי"

הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.

"תרופה"

תרופה כהגדרתה בסעיף 1.1. ועד סעיף 1.4 לפרק 2 (טיפול תרופתי מיוחד), לרבות תכשיר רפואי, כהגדרתו בפקודת הרוקחים (נוסח חדש), התשמ"א-1981.

"אמצעי גביה אישי"

ניכוי מכרטיס אשראי או בהוראת קבע או ניכוי מתלוש הגמלה, לפי בחירת המבוטח.

2. הוראות בנוגע לסכומים הנקובים בהסכם זה

2.1. כל הסכומים הנקובים בהסכם זה, בשקלים חדשים יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחקר כלכלי, או כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו.

2.1.1. 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.

2.1.2. 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.

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

3. תוכנית הביטוח:

ההסכם ופוליסה זו יכללו את הכיסויים הביטוחיים על-פי פרקים 1 ועד פרק 10 להסכם זה, לרבות הנספחים המצורפים להסכם זה.

פרק	הכיסוי	רוחב
פרק 1	השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	מורחב
פרק 2	טיפול תרופתי מיוחד	מורחב
פרק 3	ביטוח לניתוחים פרטיים בחו"ל	מורחב
פרק 4	כיסוי לניתוחים פרטיים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול כיסוי משלים שב"ן	מורחב
פרק 4	כיסוי לניתוחים פרטיים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול כיסוי מהשקל הראשון	הרחבה לכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון
פרק 5	שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים	מורחב
פרק 6	שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)	רשות
פרק 7	כתב שירות - ייעוץ פסיכולוגי	רשות
פרק 8	אבחון מהיר	רשות
פרק 9	כתב שירות רפוא מלווה	רשות
פרק 10	כתב שירות שרות רפואה באון ליין	רשות

4. ההצטרפות לפוליסה

4.1. הזכאים להצטרף לתוכנית הביטוח - לתוכנית יוכלו להצטרף הזכאים הבאים הנחלקים לשתי קבוצות:

4.1.1. קבוצה א':

4.1.1.1. עובדי רפאל.

4.1.1.2. בני משפחותיהם המצומצמת של עובדי רפאל.

4.1.2. קבוצה ב':

4.1.2.1. גמלאי רפאל.

- 4.1.2.2. בני משפחותיהם המצומצמת של גמלאי רפאל.
- 4.1.2.3. ילד נשוי ובני משפחתו המצומצמת.
- 4.1.2.4. ילדי עובד בוגרים המשלמים באופן עצמאי.
- 4.1.2.5. מבוטח קיים הנמנה על בני המשפחה המורחבת (למען הסר ספק לא יצורפו מבוטחים חדשים הנמנים על בני המשפחה המורחבת).
- 4.2. מעבר מבוטחים קיימים ברצף ביטוחי מלא (קבוצה א' וקבוצה ב') מביטוח קודם רפאל לפוליסה זו:
- 4.2.1. מבוטח שהיה מבוטח בביטוח קודם רפאל ערב המעבר לפוליסה זו והיה מבוטח ברובד המורחב במסלול משלים שב"ן, יועבר אוטומטית ללא מילוי טופס הצטרפות וללא מילוי הצהרת בריאות ו/או הליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה וללא סייג כלשהו למעט חריגי הסכם זה וברצף ביטוחי מלא לרובד המורחב למסלול "משלים שב"ן" החל מתאריך תחילת הביטוח.
- 4.2.2. מבוטח שהיה מבוטח בביטוח קודם רפאל ערב המעבר לפוליסה זו ברובד המורחב ובהרחבה לכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון, יועבר אוטומטית ללא מילוי הצהרת בריאות וללא הליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה וללא סייג כלשהו למעט חריגי הסכם זה וברצף ביטוחי מלא לרובד המורחב ולהרחבה לכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון" החל מתאריך תחילת הביטוח.
- 4.2.3. מבוטח שהיה מבוטח בביטוח קודם רפאל ערב המעבר לפוליסה זו ברובד הרשות יועבר אוטומטית לרובד הרשות ללא מילוי הצהרת בריאות וללא הליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה וללא סייג כלשהו וללא תקופת אכשרה וללא סייג כלשהו וברצף רצף ביטוחי מלא.
- 4.2.4. המעברים כאמור לעיל יהיו אוטומטיים ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בהליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה וללא סייג כלשהו וברצף ביטוחי מלא.
- 4.2.5. יובהר כי ככל שנקבעו למבוטחים מכוח ביטוח קודם רפאל חריגים כלשהם על בסיס חיתום אישי, חריגים אלו יבוטלו לאחר 12 חודשים מיום ההצטרפות לראשונה לביטוח ולא לפני ה-01.02.2021.
- 4.3. קבוצה א'
- 4.3.1. כללי
- 4.3.1.1. עובדים ובני משפחתם המצומצמת יהיו רשאים להצטרף לפוליסה זו.
- 4.3.1.2. בני המשפחה המצומצמת יוכלו להצטרף בתנאי שהעובד מבוטח אף הוא בפוליסה זו.
- 4.3.1.3. נדחה עובד רפאל להצטרף לביטוח, בני משפחתו המצומצמת רשאים להצטרף לביטוח.
- 4.3.2. מבוטחים חדשים:
- עובדים קיימים ו/או בני משפחתם המצומצמת שאינם מבוטחים בביטוח קודם רפאל נכון לתאריך תחילת הביטוח יהיו רשאים להצטרף לפוליסה זו ללא הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה וללא הליך חיתום ובלבד שיצטרפו תוך 120 יום מיום 1.2.2021 בכפוף למילוי טופס הצטרפות.
- עובדים חדשים ובני משפחתם המצומצמת - רשאים להצטרף לפוליסה זו ללא הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה וללא הליך חיתום כלשהו ובלבד שיצטרפו תוך 120 יום מיום תחילת עבודתם ברפאל בכפוף למילוי טופס הצטרפות.
- שינוי במצב משפחתי - בני משפחה מצומצמת חדשים של עובד (כגון: נישואין, לידה, אימוץ) רשאים להצטרף לפוליסה זו ללא הצהרת בריאות וללא תקופת

אכשרה ובלבד שיצטרפו תוך 120 יום מיום השינוי לפי העניין ובכפוף למילוי טופס הצטרפות.

הבהרה לעניין צירוף ילד חדש - תחילת הביטוח של תינוק יהיה מיום היוולדו (במקרה של ילד מאומץ יום תחילת הביטוח עבורו יהיה יום האימוץ) ובתנאי שהבקשה לצירופו הועברה תוך 120 יום מיום היוולדו. מובהר כי יינתן כיסוי כולל עבור מום מולד, אפילו אובחן טרם הלידה, מיד עם לידתו. האמור לעיל בשינוים המחויבים יחול גם על ילד מאומץ. יובהר כי אם עקב טעות לא דווח ילד כלשהו אשר העובד ביקש לצרפו מכוח הרשום בטופס ההצטרפות, הילד יהיה מבוטח. לא צורך ילד עקב טעות, המבטח זכאי לדרוש תשלום פרמיה רטרואקטיבית מיום תחילת הביטוח.

4.3.3 **חלון ההצטרפות** - חלון ההצטרפות לפוליסה זו בתאריך תחילת הביטוח כאמור לעיל יהיה 120 יום מיום 1.2.2021 או ממועד תחילת העבודה לפי המאוחר או ממועד השינוי במצב המשפחתי, לפי העניין.

4.3.4 **הצטרפות שלא בתוך חלון ההצטרפות** - הצטרפות שלא בתוך חלון ההצטרפות לפוליסה זו, תיעשה בכפוף למילוי הצהרת בריאות, למעט הרחבה לכיסוי לניתוחים משקל ראשון ולמעט הצטרפות לרובד רשות.

4.3.5 **גריעה מהביטוח והצטרפות מחדש** - עובד ובני משפחה מצומצמת שבחרו לגרוע עצמם מפוליסה זו, לא ייהנו מחלון הצטרפות ויהיו מחויבים במילוי טופס הצטרפות ובהצהרת בריאות מלאה ובתקופת אכשרה של 3 חודשים.

4.3.6 **פטירת עובד** - נפטר עובד שהיה מבוטח בפוליסה, בני משפחתו המצומצמת זכאים להמשיך להיות מבוטחים בפוליסה זו במסגרת מבטחי קבוצה ב' ובתעריפים ובתנאים הקבועים לקבוצה ב', בכפוף להסדרת תשלום בגביה אישית בתוך 120 יום מעת הפטירה. בני משפחה אשר יממשו את זכאותם בתקופה האמורה, יהיו זכאים לכיסוי ביטוחי רטרואקטיבית מיום פטירת העובד, בכפוף לתשלום הפרמיה הקבועה לקבוצה ב' מהחודש העוקב לחודש הפטירה.

בנוסף לאמור, יתאפשר צירוף של תינוק שייולד לבן/ת הזוג של עובד/ת שנפטר אשר בחרו להמשיך ולהיות מבוטחים במסגרת הפוליסה אשר בת זוגו של העובד הייתה בהריון במועד פטירתו של העובד.

4.3.7 צירוף תינוק ללא הצהרת בריאות יתאפשר במהלך 120 יום מיום היוולדו. לאחר מועד זה צירופם יהיה כרוך במילוי טופס הצטרפות ובהצהרת בריאות מלאה.

4.3.8 **נישא ילדו של עובד המבוטח בפוליסה זו והוא מבקש לצרף את בני משפחתו המצומצמת (בן/בת זוג וילדיו)** - יהיה זכאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה זו במסגרת קבוצה ב' בתנאים ובתעריפים הקבועים לקבוצה ב', בכפוף להסדרת תשלום באמצעי גביה אישית תוך 120 יום ממועד הנישואין.

בני המשפחה המצומצמת של ילדו של עובד רשאים להצטרף לפוליסה זו תוך מילוי טופס הצטרפות וללא מילוי הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה ובלבד שיבקשו להצטרף בתוך 120 יום ממועד הנישואין או ממועד לידת הנכד, לפי העניין, והם יהיו מבוטחים במסגרת קבוצה ב' ויהיו זכאים לתעריפים ולתנאים של קבוצה ב' החל מיום נישואיו או מיום לידת הנכד, לפי העניין.

4.3.9 **פרישת מעבודה לגמלאות** - פרישת מעבודה לגמלאות - עובד שרפאל מודיעה על שינוי מעמדו לגמלאי ובני משפחתו המצומצמת, זכאים להמשיך להיות מבוטחים בפוליסה זו במסגרת קבוצה ב' (במחירים ובתנאים של קבוצה ב') בתנאי שהסדירו תשלום הפרמיה באמצעי גביה אישי / באמצעות אישור ניכוי מתלוש הגמלה בתוך 120 יום מעת שרפאל הודיע על שינוי מעמדו

לגמלאי. רפאל תודיע למבטח על כל מעבר למעמד גמלאי כאמור, והמבטח יודיע בכתב למבוטחים כאמור על העברתם לקבוצה ב' לרבות מידע בדבר שינוי הפרמיה, אופן גביית הפרמיה ומילוי טופס של אמצעי גביה אישי / אישור ניכוי מתלוש. פורש כאמור זכאי (הוא ובני משפחתו המצומצמת שהיו מבוטחים פוליסה) לכיסוי ביטוחי רטרואקטיבי מיום הפרישה, בכפוף להסדרת תשלום הפרמיה כאמור.

4.3.10 **עובד היוצא לחל"ת או לחל"ד** - עובד היוצא לחל"ד או עובד היוצא לחל"ת של עד 6 חודשים (למען הסר ספק, לרבות תקופת חל"ת של 6 חודשים מתום החל"ד) יישאר מבוטח (הוא ובני משפחתו המצומצמת) בקבוצה א' בתקופה זו, גם אם לא שילם פרמיה (הפרמיה תנוכה ממנו בתום החל"ד/חל"ת). עובד היוצא לחל"ת של מעל 6 חודשים, יעבור העובד ובני משפחתו (הוא ובני משפחתו המצומצמת) לקבוצה ב' תוך 6 חודשים מיום יציאתו לחל"ת ברצף ביטוחי וישלם באמצעי גבייה אישי. עם חזרתו לעבודה, רשאי לחזור (הוא ובני משפחתו המצומצמת) לקבוצה א' ברצף ביטוחי, בתנאי שניצל את זכאותו לעבור לקבוצה ב' בזמן החל"ת, כאמור. יובהר כי המעבר לקבוצה ב' והסדרת אמצעי הגבייה הינם באחריותו המוחלטת של המבוטח.

4.4 קבוצה ב

4.4.1 **רכישת ביטוח על ידי גמלאי** - גמלאי רפאל ובני המשפחה המצומצמת רשאים להצטרף לפוליסה זו בכפוף למילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות ובתקופת אכשרה של 3 חודשים (למעט מקומות בהן מצוינת תקופת אכשרה רחבה יותר).

הסדרת הצטרפות למול המבטח עבורו ועבור בני משפחתו המצומצמת היא באחריותו הבלעדית של הגמלאי. בני המשפחה המצומצמת יוכלו להצטרף בתנאי שהגמלאי מבוטח אף הוא בפוליסה זו.

4.4.2 **שינוי במצב משפחתי** - בני משפחה מצומצמת חדשים של גמלאי (כגון: נישואין, לידה, אימוץ) רשאים להצטרף לפוליסה זו בכפוף למילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות ועם תקופת אכשרה של 3 חודשים (למעט מקומות בהן מצוינת תקופת אכשרה רחבה יותר).

4.4.3 **פטירת גמלאי** - בני משפחתו המצומצמת של גמלאי שנפטר רשאים להמשיך בביטוח במסגרת קבוצה ב'. בנוסף לאמור, יתאפשר צירוף של תינוק שייולד לבן/ת הזוג או לילד של גמלאי (נכד). צירופם יהיה כרוך במילוי טופס הצטרפות ובהצהרת בריאות מלאה.

4.5 סעיף 4 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט-2009.

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

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

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

(3) לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף קטן זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד

כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד; ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבוטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו;

(ב) סעיף קטן (א) לא יחול 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 ושכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

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

(א) ניתוחים;

(ב) תרופות;

(ג) השתלות;

(ד) מחלות קשות;

(ה) שיניים;

(ו) תאונות אישיות.

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

4.6 **הרחבה "כיסוי לניתוחים מהשקל הראשון"** - מבוטח רשאי לעבור למסלול כיסוי לניתוחים מהשקל הראשון בכל עת. אם ביקש הרחבה זו בתקופת חלון ההצטרפות של 120 יום מתחילת הביטוח (או תחילת העבודה לפי המאוחר) או 120 ימים מאחד מהאירועים האמורים לעיל, הוא יצורף למסלול זה ללא תקופת אכשרה וללא צורך בהצהרת בריאות. אם הצטרף שלא בתקופת חלון ההצטרפות של 120 יום, לפי אחד מהאירועים המפורטים לעיל, הוא יידרש לתקופת אכשרה של 3 חודשים.

יודגש כי תקופת האמורה לא תמנע ממנו לממש את זכותו לתבוע מכוח מסלול משלים שב".

4.7 **הצטרפות לרובד הרשות** - מבוטח רשאי להצטרף בכל עת לרובד הרשות.

אם ביקש להצטרף לרובד רשות בתקופת חלון ההצטרפות של 120 יום באחד מהאירועים האמורים לעיל או 120 יום ממועד תחילת הביטוח או תחילת העבודה לפי המאוחר, הוא יצורף ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרת בריאות.

אם הצטרף שלא בתקופת חלון ההצטרפות של 120 יום לפי אחד מהאירועים המפורטים לעיל הוא יידרש לתקופת אכשרה של 6 חודשים.

לא ניתן יהיה להצטרף לרובד הרשות ללא רכישת רובד מורחב עבור אותו מבוטח.

4.8 **ביטול רובד רשות והצטרפות מחדש** - מבוטח רשאי בכל עת לבטל את רובד הרשות. אם יבקש להצטרף מחדש הוא יידרש לתקופת אכשרה של 3 חודשים.

4.9. ביטול הרחבה לכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון והצטרפות מחדש - מבוטח רשאי בכל עת לבטל את הרחבה לכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון. אם יבקש להצטרף מחדש, ההצטרפות תהיה כפופה למצב רפואי קודם כמפורט לעיל

5. תשלום פרמיות:

5.1. הפרמיות החדשיות למבוטחים תהיינה בשקלים חדשים החל מיום 1.2.2021 כמפורט להלן:

5.1.1. קבוצה א':

סוג מבוטח	רובד מורחב	הרחבה לכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון	רובד הרשות
עובד	75.40	50.26	20.64
בן/ת זוג	75.40	50.26	20.64
ילד צעיר	36.65	8.80	16.31
ילד בוגר	75.40	50.26	20.64

5.1.2. קבוצה ב':

מבוטח	רובד מורחב	הרחבה לכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון	רובד הרשות
עד גיל 29	31.07	9.00	16.31
עד 30	69.64	51.42	20.64
עד 50	101.78	51.42	20.64
עד 55	112.50	51.42	20.64
עד 60	133.93	51.42	20.64
67 ומעלה	273.20	106.40	20.64

הגדרות והבהרות:

- 1) **בן זוג של עובד** - גם כאשר גילו עולה על 67 שנים.
- 2) **ילד בוגר** - ילד שאינו בהגדרת ילד צעיר. התשלום הוא עבור כל ילד בוגר.
- 3) **ילד צעיר** - ילד עד גיל 30 (עד יום ההולדת ה-30). התשלום הינו עבור ילד צעיר אחד בלבד, החל מילד צעיר שני ואילך, חינם.

5.1.3. דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי הטבלה המופיעה בסעיף 5.1.2 לעיל בהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 67 ביום 10.1.2022, דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 1.1.2022 לפי דמי הביטוח של גיל 67).

5.1.4. להלן הפרמיה בגין כתיב השירות ברובד הרשות בסעיפים 5.1.1 ו-5.1.2 לעיל

כיסוי	פרמיה ב-ש עבור מבטח בוגר	פרמיה ב-ש עבור מבטח ילד
רפואה משלימה	5.00	3.95
אבחון מהיר	4.70	3.71
רופא מלווה	1.00	0.79
רופא און ליין	5.00	3.95
ייעוץ פסיכולוגי	4.94	3.90
סה"כ	20.64	16.31

5.2. הפרמיות המתייחסות לילד צעיר תשולמנה עבור ילד אחד בלבד. החל מהילד השני ואילך לא תשולם פרמיה והביטוח הרפואי יינתן בחינם. המבטח ידווח על כל ילד אותו הוא מבקש לצרף לביטוח הרפואי, ואולם במקרה בו עקב טעות, לא דיווח המבטח למבטח על ילד כאמור, יחולו הוראות סעיף 5.4 וסעיף 5.5 להלן.

5.3. המדד הינו המדד הידוע ביום תחילת הפוליסה.

5.4. תשלום הפרמיה:

5.4.1. **קבוצה א'** - הפרמיה החודשית של המבטחים בקבוצה א' תיגבה על ידי רפאל באמצעות ניכוי מהשכר ותועבר לידי המבטח.

5.4.2. **קבוצה ב'** - הפרמיה החודשית של המבטחים בקבוצה ב' תיגבה באמצעי הגביה האישי / באמצעות ניכוי מתלוש.

5.4.3. הפרמיה למבטחים בקבוצה א' או המבטחים בקבוצה ב' שהתשלום בגינם נעשה על ידי ניכוי מתלוש הגמלה או תלוש השכר, תשולם עד ה-25 בכל חודש בגין החודש הקודם.

5.5. לא שולמה פרמיה בגין מבטח עקב טעות או שולמה פרמיה חלקית בלבד, המבטח יראה בו כמבטח החל מהמועד בו היו צריכות להשתלם פרמיות הביטוח.

5.6. קרה מקרה ביטוח ועקב טעות מבטח לא צורף לביטוח, המבטח יראה בו, כזכאי לתגמולי ביטוח וכאילו צורף במועד לביטוח, זאת החל מהמועד בו צריכים היו להשתלם הפרמיות. המבטח ו/או רפאל לפי העניין יהיו חייבים בתשלום פרמיה החל מהמועד כאמור ועד למועד קרות מקרה הביטוח. במקרה זה ייחשב המבטח כמי שהצטרף בחלון ההצטרפות במועד המקורי (הרטרואקטיבי) בו אמור היה להיות מצורף לביטוח. סעיף זה יחול במקרים הבאים:

5.6.1. בכל מקרה בו רפאל ממנת את הביטוח במלואו או בחלקו (לרבות לגבי עובד, בן/ת זוגו וילדיו הזכאים), בכל מקרה של טעות, וזאת לאחר קבלת הצהרת רפאל כי הפרמיה לא שולמה עקב טעות.

5.6.2. בכל מקרה בו המבטח מממן במלואו את הביטוח (למשל, מבטח בקבוצה ב') - סעיף זה יחול במקרה של טעות מצידה של רפאל.

6. רצף ביטוחי ותקופת אכשרה

6.1. בהתאם להוראות סעיף 4.2 לעיל מבטחים קיימים בביטוח קודם רפאל יועברו אוטומטית לפוליסה זו וייהנו מרצף ביטוחי מלא. מובהר כי בכל מקרה בו היו זכאים מבטחים אלו לתנאים טובים יותר על פי ביטוח קודם רפאל - יחולו התנאים העדיפים.

6.2. לעניין זה מובהר כדלקמן:

6.2.1. כמועד הצטרפותם לפוליסה זו יחשב מועד הצטרפותם לביטוח הקודם.

- 6.2.2. החריגים ו/או ההחרגות של המבוטחים הקיימים בפוליסת ביטוח קודם רפאל שהתקבלו לביטוח עם החרגות - יבטלו לאחר 12 חודשים ממועד הצטרפותם לביטוח רפאל קודם או לפוליסה זו לפי המוקדם. החרגות בס"ק זה - החרגות שנקבעו בהליך חיתום אישי.
- 6.2.3. המבטח יהיה חייב בתגמולי ביטוח עבור כל מקרה ביטוח כהגדרתו על פי פוליסה זו, שאירע במהלך תקופת ביטוח זו או במהלך תקופת הביטוח קודם רפאל.
- 6.2.4. אם וככל שישנו חשש לחבות של חברת ביטוח נוספת לכיסוי מקרה ביטוח, המבטח יכסה מקרה ביטוח לפי פוליסה זו בכפוף למתן זכות שיבוב של המבוטח כלפי חברת הביטוח הנוספת בלבד.
- 6.3. עובדי רפאל ובני משפחותיהם המצומצמת שהיו מבוטחים בביטוח קודם אחר ערב המעבר לפוליסה זו, זכאים לעבור לפוליסת ביטוח זו וייהנו מרצף ביטוחי על כסוים דומים וסכומים חופפים ומועד הצטרפותם לפוליסה זו יחשב מועד הצטרפותם לביטוח הקודם האחר.

7. תגמולי ביטוח ותביעות:

- מבוטח וידיע למבטח על מקרה הביטוח מוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר למבטח לברר את חבותו ולטפל בתביעה. המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו, או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם בכפוף לאמור להלן:
- 7.1. בקרות אחד ממקרה הביטוח הבאים, יפנה המבוטח למבטח לקבל אישור המבטח לתשלום תגמולי ביטוח לפי פוליסה זו. קבלת אישור מראש של המבטח הוא תנאי מהותי לאחריות המבטח. **להלן מקרי הביטוח:**
- השתלות בחו"ל - לפי פרק 1 להלן.
 - טיפולים מיוחדים בחו"ל - לפי פרק 1 להלן.
 - טיפול תרופתי מיוחד - לפי פרק 2 להלן.
 - ניתוחים בחו"ל - לפי פרק 3 להלן.
 - ניתוחים בארץ - לפי פרק 4 או 4ב' להלן.
 - טכנולוגיות רפואיות - לפי פרק אמבולטורי (סעיפים 1.26 ועד 1.28).
- 7.2. המבטח יעמיד לרשות המבוטחים מוקד שיפעל משעה 8:00 ועד 16:00 בימי חול. מוקד חירום פועל 24 שעות ביממה ובמשך 365 ימים בשנה.
- 7.3. המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים הרפואיים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר. בנוסף, המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- 7.4. המבטח וידיע למבטח בתוך 7 ימי עבודה על כל המסמכים החסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. המבטח לא יוכל להשתמש בעילת דרישת מסמכים אשר לא נדרשו מלכתחילה, לצורך השהיית תגובתו.
- 7.5. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח ועל חשבון המבוטח. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בערכאות שיפוטיות.
- 7.6. אישור או דחיה של התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה. מובהר ומוסכם כי במידה והמבטח לא ימסור את החלטתו לגבי אישור תביעה או דחייתה בכתב תוך 14 ימי עבודה כאמור

- לעיל במקרה חירום ע"פ אמות מידה רפואיות, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבונו של המבטח. המבטח ישפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות או העתק קבלות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 21 ימי עבודה, בכפוף לאמור לעיל.
- 7.7 במקרה חירום המבטח מסכים ומתחייב כי בירור התביעה ואישורה ייעשה באורך מידי.
- 7.8 תשלום תביעה שאושרה כאמור לעיל ייעשה בתוך 5 ימי עבודה ממועד אישורה.
- 7.9 עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח ישירות לנותן השירות או למבוטח ו/או ימציא התחייבות כספית לנותן השירות בהתאם לכיסוי הביטוחי הרלוונטי כמפורט להלן:
- 7.10 התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם:**
- 7.10.1 כאמור, על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי.
- 7.10.2 לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישורו, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקים.
- 7.10.3 מבוטח רשאי להגיש את מסמכי התביעה בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 7.11 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל:**
- 7.11.1 יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים או העתקים של החשבונות המקוריים שיומצאו למבטח, וישולמו במטבע בו ניתן לשלם את התשלום כפי העניין. אם יידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
- 7.11.2 תגמולי ביטוח להם זכאי המבוטח, בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע שאינו מטבע ישראל - ישולמו במטבע ישראלי ויוצמדו למדד המחירים לצרכן ממועד תשלומן על-ידי המבוטח ועד למועד תשלום תגמולי הביטוח
- 7.11.3 תגמולי ביטח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.
- 7.11.4 המבוטח יהיה חייב בתשלום כל המסים המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים והעברתו לחו"ל, למעט הוצאות הקשורות בהמרה למטבע חוץ, שהמבטח ישלם על פי הביטוח, כפי שיהיו מעת לעת.
- 7.11.5 לגבי כתיב שירות - התשלום יבוצע כאמור בכתב השירות בפרקים 10-6
- 7.12 במקרה של החזר כספי למבוטח:**
- החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות הרפואיות הממשיות המפורטות בפוליסה לנותן השירות הרפואי. התשלום יבוצע כנגד קבלות מקוריות או העתקן המפורטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במבוטח, הסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח הכוללים פירוט כל הפעולות, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי המפורט בפוליסה וששולם על ידי המבוטח.
- 7.13 נפטר מבוטח 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 השרות, 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.

7.14. אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכות מבוטח לתשלום מהמבטח במקרה בו בחר המבוטח לבצע ההשתלה ללא השתתפות המבטח במימון עלות ההשתלה והגמלה הנלווית לה, עפ"י האמור בסעיף 7 לפרק 1 לנספחי פוליסה זו.

7.15. בתום ההתקשרות המבטח מתחייב לכסות תביעות המכוסות על פי הסכם זה ואשר בוצעו בפועל בתוך תקופת הביטוח או נקבעו לביצוע לפני תום תקופת הביטוח. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, כיסוי בגין פרק הטיפול התרופתי (פרק 2) זה לא ייפסק לגבי מקרה ביטוח שלגביו המבטח משלם בפועל תגמולי ביטוח גם אם ההסכם ייפסק מכל סיבה שהיא.

7.16. למען הסר ספק מובהר, כי מוסכם על הצדדים שניתן להגיש תביעה בגין מקרה ביטוח אף לאחר ביטולו ו/או סיומו של הסכם זה ובלבד שמקרה הביטוח היה מכוסה על פי הסכם זה ואירע במהלך תקופת ההסכם ובכפוף להוראות סעיף 7.18 להלן.

7.17. מבלי לגרוע מהאמור לעיל (על מנת להרחיב את חבותו ואחריותו של המבטח ולא לצמצמה) מוסכם כי אם מקרה הביטוח מכוסה על פי חוזה זה ואירע במהלך תקופת ההסכם, המבטח יספק את מלוא השירות הכלול בחוזה זה למבוטחים אף לאחר סיום חוזה זה, ובתנאי שטרם הסתיימה תקופת ההתיישנות. בכלל זה: מתן פיצוי ו/או שיפוי ו/או תשלומים ישירים לנותני שירות שבהסכם או כל שירות אחר הכלול בהסכם זה. אין באמור לעיל כדי לגרוע מחבות המבטח במקרה בו עליו להמשיך לתת את השירותים לתקופות כאמור בהסכם זה. למען הסר ספק, מובהר בזאת, כי תקופת ההתיישנות תימנה ממועד בו קמה זכאות למבוטח לקבל תגמולי ביטוח או מועד קרות מקרה הביטוח, לפי המאוחר מביניהם.

7.18. מבלי לפגוע באמור בהסכם זה, המבטח יאפשר למבוטח לקבל מקדמות במקרים של השתלות, בהן התשלום מתבצע ישירות לבית החולים בו מתבצעת ההשתלה ו/או במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל ו/או במקרה של ניתוחים בחו"ל שלא באמצעות המבטח (המקדמות כאמור יועברו בסמוך לביצוע פרוצדורה כאמור) או בגין טיפול תרופתי שעלותו מעבר ל-10,000 ש"ח בחודש או לקבלת התייבות כספית לקבלת שירות רפואי עתידי, מראש, בתנאי כי תביעתו של המבוטח אושרה על ידי המבטח.

8. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב וכפל ביטוח:

8.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המוטב על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, אף אם היה המוטב זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות/שיניים אחרת, בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

8.2. 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.

9. בחירת המבוטח

המבטח לא יחייב את המבוטח לצרוך ו/או לקבל שירותים כלשהם כמפורט בהסכם, בין רפואיים ובין אחרים, מנותני שירות ו/או רופאים ו/או ספקים ספציפיים למעט אם נאמר אחרת בפוליסה. מובהר כי למבוטח שיקול דעת בלעדי והזכאות לקבל שירותים, בין רפואיים ובין אחרים, מאת בית חולים, מעבדה, רופא, רופא מומחה, אח/אחות והכל בכפוף להוראות ולסייגים המפורטים בכל אחד מפרקי הפוליסה אלא אם נאמר אחרת.

10. תחלוף

- 10.1. הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי מאת צד שלישי, למעט מקופת החולים באופן ישיר או במסגרת שב"ן, עוברת למבוטח זכות זו לאחר ששילם המבוטח תגמולי ביטוח למבוטח עד לגובה התגמולים ששילם המבוטח. מובהר, כי המבוטח אינו רשאי להשתמש בזכות שעברה אליו על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מהמבוטח.
- 10.2. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבוטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבוטח.
- 10.3. על אף האמור לעיל העברת זכות השיפוי ו/או המחאת זכות למבוטח לא תתקיים במקרים הבאים:
- 10.3.1. במקרה ותגמולי הביטוח אינם מכסים את מלוא תשלומי ו/או הוצאות המבוטח. במקרה זה רק יתרת הסכום תועבר ו/או הזכות בגינה תומחה על ידי המבוטח למבוטח.
- 10.3.2. זכות המבוטח לקבל פיצוי בגין הפסדיו ו/או הוצאותיו ו/או סכומים להם זכאי שאינם מיועדים ישירות לתשלום רכיבים המכוסים בפוליסה זו גוברת וקודמת לזכות המבוטח.
- 10.3.3. במקרה בו תביעת השיפוי ו/או ההמחאה תפגע באפשרות המבוטח לתבוע כספים ו/או הוצאות נוספות שהצטברו ו/או עשויות להצטבר בעתיד מצד שלישי.
- 10.3.4. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, במקרה בו קיימת תקרת כסוי מרבית אצל המבוטח ו/או אצל הצד השלישי ושיפוי זה עשוי לפגוע בזכויות והמבוטח בעתיד.
- 10.3.5. בתביעה ע"פ פרק רפואה משלימה לטיפול שבוצע במסגרת שירותי הרפואה המשלימה של קופת החולים, והמבוטח השיב למבוטח את סכום ההשתתפות העצמית.
- 10.4. למען הסר ספק מובהר כי המבוטח לא יעכב אישור על מלוא תגמולי הביטוח ו/או תשלומים ולא ימנע כל טיפול המכוסה בפוליסה זו לרבות ביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד או ניתוח בחו"ל בגלל חבות גוף שלישי לשאת בחלק מההוצאות.
- 10.5. מוסכם כי זכות התחלוף של המבוטח לא תחול אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכונה על ידי אדם או גוף שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי עקב היותו קשור עם המבוטח או אורחו של המבוטח. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, המבוטח מוותר על זכותו לשיפוי ו/או פיצוי מצד שלישי, אם הצד השלישי הוא רפאל, כל אדם בשירותה של רפאל, עובדיה או עובדיה לשעבר של רפאל, דירקטור, שלוח, או בעלי מניותיה, וכן מוותרת על זכות לשיבוב נגד בן משפחה של המבוטח ו/או כל אדם ו/או גוף שהמבוטח ויתר על זכות השיבוב כלפיו בכתב לפני קרות מקרה הביטוח.

11. אופציה להמשך הביטוח

- 11.1. מבוטחים שתמה זכאותם לביטוח במסגרת פוליסה קבוצתית זו, מכל סיבה שהיא, למעט במקרה של **גמלאים** ובני משפחותיהם המצומצמת כאמור לעיל, אך לרבות גמלאי ובני משפחתו המצומצמת שבחרו לא להצטרף לקבוצה ב', והיו מבוטחים בהסכם זה ערב סיום העסקתם ברפאל, יהיו זכאים להמשיך את הביטוח במסגרת ביטוח פרטי של המבוטח על פי בחירתם (להלן: "**הביטוח הפרטי**") או "**הפוליסה הפרטית**") במחירי ביטוח המקובלים אצל המבוטח באותה העת ובהנחה לפוליסה פרטית המפורטת להלן בכפוף להוראות פוליסה זו ובהתאם לכיסויים שהיו אצל המבוטח באותה העת,

בתנאים שיפורטו להלן. למען הסר ספק זכות המשך הביטוח במסגרת פוליסה פרטית כמפורט בסעיף זה תחול גם על:

11.1.1. בן/בת זוג של עובד בעל פוליסה וילד של עובד בעל פוליסה המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין או סיום העסקתו של העובד או בפטירה, בתנאי שהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח.

11.1.2. בן/בת זוג של גמלאי בעל פוליסה ו/או ילדו המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין או פטירה חו"ח, בתנאי שהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו ערב קרות אירוע הגירושין או הפטירה.

11.1.3. במקרה ומכל סיבה שהיא לא יוארך הסכם הביטוח, והפוליסה הקבוצתית לא תחודש אצל המבטח או בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים או חלק מהמבוטחים, יהיו רשאים המבוטחים או חלק מהמבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת עבורם ואשר היו מבוטחים במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, להצטרף לביטוח פרטי כאמור.

11.2. במקרים המפורטים בסעיף 11.1 לעיל, תהא ההצטרפות לפוליסה הפרטית בתנאים הבאים:

11.2.1. ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרת בריאות ברצף ביטוחי מלא ביחס לכיסויים והסכומים החופפים בלבד, בין פוליסה זו לפוליסה לביטוח הפרטי.

11.2.2. מבוטח כאמור זכאי להנחה ממחיר הרגיל הנהוג אצל המבטח (מחיר ספר) עבור רכישת פוליסת בריאות פרטית (לסוגיה השונים) כדלקמן:

11.2.2.1. אם במועד רכישת הפוליסה הפרטית טרם מלאו למבוטח הראשי 50 שנה במועד רכישת הפוליסה הפרטית הוא זכאי להנחה של 20%. הנחה זו קבועה לכל חיי הפוליסה.

11.2.2.2. אם במועד רכישת פוליסת בריאות פרטית מלאו למבוטח הראשי 50 שנה במועד רכישת פוליסת בריאות פרטית הוא זכאי להנחה של 30%. הנחה זו קבועה לכל חיי הפוליסה.

11.3. זכות המבוטח להצטרף לפוליסה פרטית כאמור בסעיף 11.1, 11.2 היא בכפוף לכך שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב תוך 120 יום מיום הודעת המבטח למבוטח על סיום הביטוח ובתנאי שהמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות גביה אישית רטרואקטיבית ממועד סיום הביטוח הקבוצתי.

12. תקופת ההסכם

12.1. פוליסה זו תיכנס לתוקפה ביום 1/2/2021 ותחול למשך 60 חודשים עד ליום 31/01/2026 ("תקופת ההסכם").

12.2. על אף האמור בסעיף 12.1 לעיל, שמורה לרפאל הזכות, בכל עת, להפסיק את ההסכם בהתראה של 90 ימים מראש ובכתב, מכל סיבה שהיא ולהמשיכה אצל מבטח אחר.

12.3. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 12.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה- סעיף 9 ב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט-2009.

13.1. התאמת פרמיה:

- 13.1.1. התאמת פרמיה ראשונה - לצדדים הזכות להתאים את הפרמיה לאחר 18 חודשי ביטוח מיום תחילת הפוליסה וכפוף למוסכם בין בעל הפוליסה והמבטח.
- 13.1.2. התאמת פרמיה שניה - לצדדים הזכות להתאים את הפרמיה לאחר 42 חודשי ביטוח מיום תחילת הפוליסה וכפוף למוסכם בין בעל הפוליסה והמבטח.
- 13.2. התאמת הפרמיה תוכל להתבצע על ידי שינוי בתמהיל הכיסויים בפוליסה ו/או שינוי בפרמיה ו/או שינוי בגיל ילד צעיר.
- 13.3. יובהר כי לעניין "שינוי בתמהיל הכיסויים" כאמור בסעיף קטן זה - השינוי בכיסויים יוגבל לכיסויים שהוספו בפוליסה זו או בהרחבה של כיסויים בפוליסה זו והכל ביחס לפוליסה שהייתה בתוקף עד 31/12/2020.
- 13.4. המבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח ו/או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו, לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח":
- 13.4.1. לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- 13.4.2. לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- 13.4.3. למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- 13.4.4. במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 13.4.5. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

14. שינויים בתנאי הביטוח או בדמי הביטוח

- 14.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת 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) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, 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 המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

14.2. חודשה פוליסה לקבוצת מבטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

14.3. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות 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.

14.4. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים, 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.

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

14.6. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח:

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

14.6.2. חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, 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 ופונה 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 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי; "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.

14.6.3. על אף האמור בתקנה 9(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, 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) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, מבטח יהיה רשאי שלא

לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

15. אחריות

15.1. המבטח מתחייב לשאת באחריות המלאה והבלעדית לכל נזק שיגרם למבוטח במישרין ו/או בעקיפין בגין מעשיו ו/או מחדליו של המבטח ו/או מי משלוחיו ו/או מי מעובדיו. כמו-כן מתחייב המבטח לשפות את רפאל בגין כל חיוב בו תחויב רפאל או כל מי מטעמה בגין פעילותו של המבטח בניהול פוליסה זו או בהקשר אליה, בהחלטתו של גורם מוסמך לפי כל דין, לרבות בגין הוצאה שהוציאה רפאל ו/או מי מטעמה בתום לב, כדי להתגונן מפני הטענה ו/או הדרישה ו/או התביעה, ובלבד שיינתן למבטח הזדמנות סבירה להתגונן מפני הדרישה. השיפוי יבוצע לפי דרישת רפאל תוך 14 יום מיום שהועברה הדרישה למבטח.

15.2. **הגבלת אחריות של המבטח** - המבטח אינו אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת הסכם ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של האמורים, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתיב השירות בפוליסה. רפאל אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו, מכל סוג שהוא, בין באופן ישיר ובין באופן עקיף, כתוצאה ממעשה ו/או מחדל של המבטח ו/או נותני השירותים כאמור בפוליסה.

16. חריגים כלליים

המבטח לא יהא אחראית ולא יהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:

16.1. במקרה בו לא נדרשת על פי ההסכם הצהרת בריאות ו/או במקרה בו מבוטח הצטרף בחלון ההצטרפות:

16.1.1. למבוטחים קיימים (עובדים, גמלאים ובני משפחה מצומצמת) ולעובדים חדשים: בכל מקרה ביטוח אשר בעת ההצטרפות לביטוח הייתה קיימת בתיקו הרפואי של המבוטח אבחנה מתועדת בכתב הקובעת במפורש קיום צורך לביצוע ניתוח, ו/או השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד ו/או צורך בקבלת אותה תרופה. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי במקרה בו קיים ליקוי בריאותי למבוטח קיים או עובד חדש לרבות אם אובחנו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות, שעלול להוביל לניתוח ו/או עלול להוביל להשתלה ו/או לטיפול רפואי מיוחד ו/או לנטילת תרופה, לפי קריטריונים רפואיים מקובלים יכוסה על ידי המבטח. חריגים אלו ו/או כל תנאים חריגים (לרבות החרגות על פי תנאי הקבלה לפיהם התקבל המבוטח לביטוח קודם רפאל), אם קיימים, יבוטלו לחלוטין לאחר חצי שנה מיום הצטרפותו של המבוטח לראשונה לביטוח.

16.1.2. למבוטחים חדשים שהנם בני משפחה מצומצמת ו/או גמלאים: מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח (להלן בסעיף זה

”החריג”) חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

16.1.2.1. פחות מ-65 שנים החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת תקופת הביטוח.

16.1.2.2. 65 שנים או יותר החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת תקופת הביטוח.

מובהר כי אם הצהיר המבוטח על מצב בריאות על פי הסכם זה ו/או על פי הסכם קודם רפאל והמציא למבטח כל מסמך שנתבקש עקב הצהרת הבריאות שמילא, לא יחול חריג מצב בריאות קיים על מושא הצהרתו, אלא אם יוחרג במפורש על ידי המבטח.

16.2. מובהר כי האמור בסעיף זה לא יחול על מבטחים קיימים ועל עובדים חדשים בכל הנוגע לפרקים הבאים: פרק 5 (שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים), פרק 6 (שירותי רפואה משלימה), פרק 7 (ייעוץ פסיכולוגי) פרק 8 (אבחון מהיר), פרק 9 (רופא מלווה) ופרק 10 (רופא און ליין).

16.3. במקרה בו נדרשת על פי הסכם זה הצהרת בריאות: המבוטח יתקבל לביטוח בהתאם להחלטת המבטח. מובהר כי אם הצהיר המבוטח על הצהרת בריאות כמפורט בהסכם זה והמציא לחברת הביטוח כל מסמך שנתבקש עקב הצהרת הבריאות שמילא, לא יחול חריג מצב רפואי קודם על מושא הצהרתו, אלא אם יוחרג המצב הרפואי המסוים במפורש על-ידי המבטח.

16.4. למרות האמור לעיל ולהלן מוסכם ומובהר כי המבטח לא יהא רשאית להסתמך ו/או לעשות כל שימוש בהצהרת בריאות ו/או במסמכים כלשהם שניתנו בטעות ו/או אשר ניתנו לצורך אחר, לרבות לצורך ביטוח לפרק אחר לפי הסכם זה, למעט אם המבוטח מסר מידע שאינו נכון במסגרת שאלה שנשאל עליה באופן ישיר ומפורש בפוליסה זו.

17. מתן מסמכים והודעות למבוטח

17.1. המבטח ימסור, עם תחילת תקופת הביטוח, לכל מבוטח, בין בהצטרפותו לראשונה, ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק הפוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח על הביטוח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם הממונה.

17.1.1. על אף האמור בסעיף (17.1), 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:

- א. כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
- ב. את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
- ג. את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

17.1.2. חלה על המבוטח חובה לשלם את דמי הביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח לבין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

17.1.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

17.2. **הצהרת בעל הפוליסה - סעיף 3 א' 1 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט-2009:**
בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת כי הינו פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

18. הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

19. כללי

19.1. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות ביטוח קודם רפאל לבין הוראות פוליסה זו המהווה רצף ביטוחי לביטוח קודם רפאל יפעלו הסתירה ו/או אי הבהירות ו/או דו המשמעות לטובת המוטב שהצטרף לפוליסה זו, תוך השענות על העיקרון כי הפוליסה באה להוסיף על תנאי הביטוח קודם רפאל ולהטיב את תנאי המוטבים שהצטרפו אליו ולמעט כיוסיים שהוסרו ו/או תוקנו/ ו/או שונו מכוח הוראות רגולציה.

19.2. תקופת ההתיישנות תהא התקופה הקבועה בכל דין. למרות האמור בדיון תקופה זו תחל במועד הקבוע בדיון או במועד הזכאות למלוא תגמולי הביטוח - לפי המאוחר ביניהם.

19.3. יובהר כי במקרה בו מקרה הביטוח התרחש בזמן שהביטוח היה בתוקף, אך מכל סיבה שהיא הביטוח הופסק בטרם בוצע הטיפול ו/או טרם הושלם, חברת הביטוח תעניק כיוסי ביטוחי למבוטח על-פי פוליסה זו.

19.4. אין באמור בהסכם זה כדי לגרוע מזכות כלשהי החלה על המבוטח ו/או רפאל. האמור בהסכם זה בא כדי להיטיב ולהוסיף על זכויות המבוטח ו/או רפאל ולא לגרוע מהן או לצמצמן ולמעט כיוסיים שהוסרו ו/או תוקנו/ ו/או שונו מכוח הוראות רגולציה.

19.5. בכל מקרה בו בפוליסת אין חריג מפורש של מצב בריאותי קיים, לא תהא רשאית חברת הביטוח להתייחס למצב בריאותי קיים ו/או לדחות תביעת ביטוח בגינו. לא יהיה תוקף לכל שינוי, תוספת או גריעה מהסכם זה לאחר חתימתו אלא אם נעשו בכתב ונחתמו על ידי הצדדים.

19.6. על ביטוח זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.

רפואתי 
תמיד כאן בשבילך



רובד מורחב



פרק 1: השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפרק הכללי לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 **"הטסה רפואית"** - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, כולל העברה ברכב יבשתי, המותאם לעניין משדה התעופה למקום ביצוע הפרוצדורה הרפואית (וגם בחזרה לארץ), והכול בהתאם לקביעת רופא מטעם המבוטח. בכל מקום בו תכוסה הטסה רפואית יכוסה גם שינוע בכל דרך אחרת.

1.2 **"המרכז הלאומי להשתלות"** - יחידת סמך של משרד הבריאות הממונה על טיפול בהשתלות במדינת ישראל.

"השתלה" - כריתה כירורגית ו/או הוצאת איבר אחד או יותר מהאברים הבאים: לב; לב-ריאה; ריאה; אונת ריאה; כליה; כליה-לבלב; כבד לרבות אונת כבד; רחם; שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם; מח עצמות לרבות השתלה עצמית או השתלה מתורם אחר או השתלת תאי אב ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר או מתרומה עצמית לטיפול במחלות אונקולוגיות ו/או המטו-אונקולוגיות בלבד; לבלב; קרנית ו/או השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אותו אדם או אדם אחר במקומם (לרבות איבר מלאכותי ו/או איבר מודפס ו/או תפועל איבר באמצעות איבר מלאכותי), לרבות השתלה עצמית, וכן השתלת איבר מבע"ח (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"י הרשויות המוסמכות בארה"ב או האיחוד האירופי או הממלכה המאוחדת). במקרה בו יושג לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב כמקרה ביטוח אחד. ובלבד שרופא מומחה **מטעם המבוטח**, בתחום הרפואי הנוגע לעניין, קבע את הצורך בביצוע ההשתלה. למען הסר ספק הסעיף יחול גם על השתלה בלבד שאינה מחייבת הוצאת איבר. מובהר כי מכונת דיאליזה ו/או מכונת הנשמה ו/או קוצב לב ו/או מסתם לב ו/או שתל ו/או תותבת לא יכללו בהגדרת השתלה. **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי, אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, היינו חלק מאותו מקרה ביטוח. יובהר כי השתלה חוזרת, תיחשב כמקרה ביטוח חדש.**

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

1.3 **"הוצאות מוכרות"** - הוצאות ישירות בגין השתלה בחו"ל או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בפרק זה.

1.4 **טיפול מיוחד בחו"ל** - ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים בחו"ל, לרבות ומבלי לגרוע מהאמור לעיל גם טיפול בחולי סרטן, מחלות אוטואימוניות, הצלת חיים/ראייה/שמיעה/איבר של המבוטח, אשר רופא מומחה בתחום הנדרש מטעם המבוטח קבע, ללא כל התניה או אישור של המבטח, שמתקיים בהם אחד מאלה:

1.4.1 הטיפול המיוחד אינו ניתן לביצוע בארץ (מכל סיבה שהיא).

1.4.2 הטיפול המיוחד דרוש להצלת חיי המבוטח.

1.4.3 אי ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח.

1.4.4 ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל את הראיה בעין אחת או שתי העיניים.

- 1.4.5. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות לצמיתות בשיעור העולה על 75%.
 - 1.4.6. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול המיוחד בארץ.
 - 1.4.7. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן סביר.
- למרות האמור לעיל ומבלי לגרוע, טיפולים ייחודיים וספציפיים לטיפול בחולי סרטן, מחלות אוטואימוניות ומחלות ייחודיות לא ייבחנו בקריטריונים המוגדרים בסעיף זה, וניתן יהיה לבצעם ללא קריטריונים.

2. מקרה ביטוח

- 2.1. רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח קבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מצריך ביצוע **השתלה** כהגדרתה לעיל.
- 2.2. רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח קבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מצריך ביצוע **טיפול מיוחד בחו"ל** כהגדרתו לעיל.
- 2.3. למען הסר ספק מובהר בזאת כי לא ייבחן מצבו הרפואי של המבוטח טרם ההצטרפות לביטוח זה ו/או לביטוח קודם רפאל ו/או לא ייבחן ליקוי בריאותי שקיים בעת ההצטרפות לביטוח או כל מערכת נסיבות אחרת העלול להוביל לצורך במקרה הביטוח על פי פרק זה, למעט אם הוחרג מקרה הביטוח על פי הצהרת הבריאות ו/או אם נקבע אחרת בסעיף החריגים בפרק זה ובאופן שנקבע בסעיף 16 - החריגים הכלליים.

3. סכום הביטוח המרבי

- 3.1. סכום ביטוח מירבי לכל מקרה ביטוח:
 - 3.1.1. **השתלה בחו"ל** - שיפוי מלא ללא תקרת כיסוי מרבית במקרה בו ההשתלה מבוצעת באמצעות **המבטח**. במקרה בו בוצע ההשתלה שלא באמצעות **המבטח** תקרת הכיסוי תהא עד לסך של 5,050,000 ₪.
 - 3.1.2. **טיפול רפואי מיוחד בחו"ל** - שיפוי מלא ללא תקרת כיסוי מרבית במקרה בו הטיפול המיוחד מבוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח. במקרה בו בוצע הטיפול המיוחד שלא באמצעות נותן שירות שבהסכם תקרת הכיסוי תהא עד לסך של 1,000,000 ₪, בתוספת היטל חוקי על תשלומים במטבע חוץ אם יחול.
- 3.2. ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל יבוצעו בכל מקום בו יבחר המבוטח.
- 3.3. למען הסר ספק מובהר כי במקרה של הפסקת הביטוח מכל סיבה שהיא, יימשך תשלום תגמולי הביטוח למבוטח שהחל לקבל תגמול לפי נספח זה, ללא כל תנאי, בכפוף לזכאות המבוטח ותקרות סכום הביטוח כאמור לעיל.

4. התחייבות המבטח:

- בקרות מקרה הביטוח ישלם המבטח למבוטח או ישלם ישירות לנותני השירותים בגין ההוצאות המוכרות בגין השתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי והכל כמפורט להלן.
- פיצוי או מימון לביצוע ההשתלה עצמה על פי סעיף 7 להלן מותנה בכך שההשתלה מבוצעת על פי חוקי המדינה בה בוצעה וכי היא עומדת בהוראות חוק השתלת אברים התשס"ח-2008.
- 4.1. תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד (לרבות אם יש צורך הוצאות שינוע בטיסה מסחרית רגילה או בטיסה במחלקת עסקים או אחרת בשל צורך רפואי ושהיה עבור הערכה רפואית לפני ביצוע ההשתלה).

- 4.2. **הוצאות שהות** לפני אשפוז ולאחריו להשתלה או לטיפול מיוחד - לתקופה מירבית שלא תעלה על 90 יום בכפוף לאמור בסעיף 5.8 להלן.
- 4.3. **הוצאות אשפוז** - הוצאות בגין כל תקופת אשפוז מירבית שלא תעלה על 390 יום, בין אם האשפוז בוצע לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד ובין אם לאחר מכן.
- "הוצאות האשפוז"** כוללות לרבות אך לא רק - הוצאות בגין טיפול רפואי במסגרת האשפוז, שכר צוות רפואי (כולל שירותי אחיות, מנתחים ומרדמים), הוצאות בגין חו"ד רפואית, הוצאות חדר ניתוח, הוצאות בית חולים, שתלים, אביזרים רפואיים, דיאליזה, תרופות, מפרישי תרופות, שירותי מעבדה, כל בדיקות האבחון וההדמיה, בדיקות מעבדה (לרבות פתולוגיה וציטולוגיה) ובדיקות פתולוגיות לרבות טיפולים פיזיותרפיים, טיפולים פסיכולוגיים ו/או פסיכיאטריים, טיפולים שיקומיים וכל הוצאה שמוסד רפואי נוהג לחייב בגינה לרבות אם ניתנו לפני ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד.
- 4.4. תשלום שכר של כל הצוות הרפואי, לרבות תשלום לצוות המנתח, המרדים והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע השתלה או הטיפול המיוחד.
- 4.5. כיסוי ההוצאות הנדרשות לביצוע השתלה, לרבות איתור איבר להשתלה ובכלל זה:
- 4.5.1. כיסוי כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לביצוע השתלה.
- 4.5.2. כיסוי כל ההוצאות הכרוכות באיתור תורם והשגת איבר להשתלה כולל רישום במאגרים בחו"ל, כולל הוצאות איתור תורם בעת הצורך, כולל הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או דם היקפי, הוצאות שהייה וטיסה למבוטח ולמלווה אחד לצורך איתור תורם, במקרה בו המבוטח הוא קטין ישולמו הוצאות לשני מלווים, והכל בתקרת סכום מירבי של 230,000 ₪ (וזאת מבלי להגביל את גובה ההוצאות האחרות המפורטות אלא להוסיף עליהם).
- 4.5.3. הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת להשגת האיבר להשתלה, קציר האיבר המושג, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- 4.6. הוצאות נסיעה לחו"ל, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ושל מלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל. במקרה בו המבוטח הוא קטין, ישולמו הוצאות לשני מלווים. במידה ונצרך המבוטח מסיבות רפואיות להטסה במחלקה אחרת, תכוסה עלות זו.
- 4.7. **הוצאות הטסה רפואית** - הוצאות הטסתו של רופא מלווה והוצאות שהייתו אם יידרש מסיבות רפואיות, לרבות הוצאות מלאות של העברה יבשתית של המבוטח ומלוויו משדה התעופה ובחזרה, עד לתקרה של 100,000 ₪
- 4.8. הוצאות שהייה עד 810 ₪ ליום לאדם לשהייה בחו"ל (מלון 3 כוכבים בחו"ל) של המבוטח ושל המלווה לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל לרבות בזמן המתנה להשתלה ולאחר ביצועה. במידה והמבוטח קטין, יהיה התשלום עבור 2 מלווים.
- 4.9. **הטסת הגופה לישראל** - אם נפטר ח"ו המבוטח בעת שהותו בחו"ל, המבטח יכסה את מלוא ההוצאות הכרוכות בהטסת גופתו לישראל, לרבות שימור, תכריכים והסעה לשדה התעופה (סעיף זה אינו נכלל בתקרת הפיצוי והוא ישולם בכל מקרה).
- 4.10. **הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל כתחליף להשתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל** - תשלום עבור הבאת מומחה, לרבות שהות המנתח והוצאות טיסה עד לסכום של 121,000 ₪ למקרה ביטוח אחד. מובהר כי עלות הבאת המומחה כוללת רק העלויות הכרוכות בהטסת המומחה ומימון שהותו בישראל ולא את עלות שכרו או כל עלות אחרת הכרוכה בביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד ו/או הניתוח שתקרותיהם ייקבעו על פי סעיף 4.1 לעיל.
- 4.11. כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה עד 98,000 ₪.

- 4.12. תשלום עבור משתלים מיוחדים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח.
- 4.13. תשלום עבור טיפולי המשך בארץ ו/או בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד, כיסוי לבקרה וביקורת ולטיפול תרופתי ו/או תרופות ותכשירים רפואיים הנובעים מקבלת השירות, ביקורת בחו"ל תכוסה עד 5 שנים ממועד ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד ועד לתקרה של 353,000 ₪.
- 4.14. מובהר כי הכיסויים לעיל יכללו אף שיפוי בגין הוצאות שהוציא בישראל שהצורך בהן היה קשור להשתלה או לטיפול המיוחד.
- 4.15. מובהר כי המבטח יישא בעלויות המצוינות לעיל, אף אם בפועל לא בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, מכל סיבה שהיא.
- 4.16. ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,000 ₪ בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 4.17. מבטח אשר נזקק להשתלה ובשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו, יהיה זכאי לקצבה חודשית בסך של 3,500 ₪, וזאת לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-6 חודשים, מבטח כאמור, אשר שווה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל בגין התקופה בה היה מאושפז.

5. גימלה חודשית לאחר ביצוע השתלה

במקרה של השתלה, למעט השתלת קרנית ו/או השתלת מח עצם עצמי, ישלם המבטח למבוטח פיצוי נוסף, בנוסף לכל תשלום על פי פרק זה, בסכום של 7,200 ₪ לחודש לתקופה של 24 חודש החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה. אם נפטר המבוטח לאחר ביצוע ניתוח השתלה וטרם מיצה את תקופת הפיצוי הנקובה לעיל, תשלום יתרת הפיצוי לעזבונו ו/או ליורשיו, מייד לאחר פטירתו. במקרה של השתלת מח עצם עצמית סכום הפיצוי הנוסף יעמוד על 3,600 ₪ בלבד לחודש. המבוטח רשאי לבקש היוון של סכום הגמלה בריבית של 2%. ככל ובוצעה השתלה בחו"ל בפועל יוכפל סכום הגמלה האמורה בסעיף זה.

6. פיצוי במקרה של השתלה או צורך רפואי בהשתלה - ללא מעורבות המבטח

במקרה בו בחר המבוטח לבצע את ההשתלה ללא השתתפות המבטח במימונו, בין בתשלום ישירות לנותן השירות, בין במתן שיפוי למבוטח כנגד הוצאותיו ובין אם בתשלום לקופת החולים ו/או לגורם אחר, ישלם המבטח למבוטח בנוסף לפיצוי החודשי הנקוב בסעיף 6 לעיל, תשלום חד פעמי (למעט בהשתלת קרנית והשתלת מח עצם) בגובה 353,000 ₪. הפיצוי ישולם למבוטח אף בטרם ביצע ההשתלה בכפוף לרישום במרכז הלאומי להשתלות.

7. טיפול 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 יתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הניסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:

- 7.1. עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 50,000 ₪.
- 7.2. 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 40,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד 60,000 ₪ למבוטח ולשני מלווים.

- 7.3. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.
- 7.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד 1,000 ₪ ליום לאדם ועד- 1,500 ₪ לשני מלווים.

8. חריגים:

- בנוסף לחריגים הכללים בגוף בפוליסה, המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 8.1. נסיון התאבדות, למעט במקרה של ילד והכל בשנה הראשונה לביטוח.
- 8.2. אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט במקרה של ילד ולמעט שימוש בסמים לפי הוראת רופא.
- 8.3. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע והכל במידה וזכאילפיצוי. אם זכאי המבוטח לפיצוי חלקי, המבטח ישא ביתרת העלות.
- 8.4. מקרה ביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
- 8.5. טיפולים רפואיים למטרת יופי ו/או אסטטיקה בלבד, פריון ועקרות.
- 8.6. לא תכוסה השתלת רחם או השתלה של איברים מודפסים הנחשבים להשתלה נסיונית.

פרק 2: טיפול תרופתי מיוחד

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפרק הכללי לפוליסה זה, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 **"תרופה"** - חומר כימי או ביולוגי שנועד לאבחן או לטפל או לרפא או להקל על סימפטומים רפואיים נוספים או למנוע מצב רפואי כלשהו לרבות התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או למנוע החמרת מחלה/ות שכבר הופיעו/ו או מחלות חוזרות הגדרה זו נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 1-18-2015 - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות".

1.2 **"הרשויות המוסמכות" / "המדינות המוכרות"** - הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בארה"ב ו/או בכל אחת מהמדינות שהיו חברות באיחוד האירופאי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופאי (EMA) ו/או בקנדה ו/או באוסטרליה ו/או בניו זילנד ו/או בשווייץ ו/או בנורבגיה ו/או באיסלנד ו/או באנגליה.

1.3 **תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL** - כל תרופה שאושרה לשימוש על ידי אחת מהרשויות המוסמכות אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1.3.1 פרסומי FDA

1.3.2 American Hospital Formulary Service Drug Information

1.3.3 US Pharmacopoeia - Drug Information

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

1.3.4.1 עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה 1 או 2a

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

1.3.4.3 יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה 1 או 2a

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

(א) NCCN

(ב) ASCO

(ג) NICE

(ד) ESMO Minimal Recommendation

1.4 **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") אשר אושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או באחת המדינות המוכרות כתרופת יתום והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") של חולים.

1.5 **תרופה בהתאמה אישית** - תרופה שנמצאה כיעילה להתוויה של המבוטח על פי בדיקה גנומית

1.6 **תרופה לטיפול** IND investigational New Drug תרופה המצויה בתהליכי הגשה ואישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות הניתנות לחולה כשאין תרופה יעילה מאושרת למצבו ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני והרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה את הטיפול כטיפול IND.

- 1.7. **"סכום שיפוי מרבי" - גובה תגמולי הביטוח המרביים שישלם המבטח בגין תרופה ו/או תרופות המכוסות הם כדלקמן:**
- 1.7.1. עבור סעיפים 2.1-2.3 התקרה תהיה עד 2,000,000 ₪ לסך כל מקרי הביטוח לכל 30 חודשי ביטוח מיום תחילת ביטוח.
- 1.7.2. עבור סעיפים 2.4-2.5 התקרה תהיה 1,500,000 ₪ לסך כל מקרי הביטוח לכל 30 חודשי ביטוח מיום תחילת הביטוח.
- 1.7.3. עבור סעיף 2.6 התקרה תהיה 500,000 ₪ לסך כל מקרי הביטוח לכל 30 חודשי ביטוח מיום תחילת הביטוח.
- 1.7.4. גובה תגמולי הביטוח המרביים האמורים שישלם המבטח יתחדש בגין כל מבטח לאחר 30 חודשי ביטוח נוספות וחוזר חלילה כל עוד הסכם זה בתוקף. כלומר, מדי 30 חודשים מתאפס הסכום והמבטח זכאי לניצול מלוא הסכום מחדש במהלך שלוש השנים הבאות. למען הסר ספק, מבטח יהא זכאי לקבל את סכום השפוי המרבי תוך תקופה הקצרה משלוש שנים.
- 1.8. **"נותן השירות" - בפרק זה - מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.**

2. מקרה הביטוח

- שיפוי בגין עלות תרופה אשר המבטח נזקק לה במהלך תקופת הביטוח והיא עונה על אחד מהקריטריונים הבאים:
- 2.1. **"תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות" - כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ושאושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבטח בידי הרשויות המוסמכות. מובהר כי לא יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.**
- 2.2. **"תרופה הכלולה בסל הבריאות" - כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, שאינה מוגדרת על פי התוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבטח הדורש טיפול בתרופה או ניתן אישור לתרופה באמצעות טופס 29/ג. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות לא תיחשב כתרופה ניסיונית.**
- 2.3. כל תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL.
- 2.4. תרופת יתום כהגדרתה בסעיף 1.4 לעיל
- 2.5. תרופה לפי 29 תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים
- 2.5.1. תרופה שאושרה לשימוש כתכשיר לחולה בודד - תרופה שאינה כלולה בקריטריונים המצוינים 2.1-2.4 לעיל, שאושרה לשימוש על פי הוראת רופא כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים לפיהם התרופה נמצאת כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבטח.
- 2.5.2. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י שני רופאים מומחים בכירים ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבטח.
- 2.5.3. תרופה שסווגה ע"י ה-FDA כתרופה פורצת דרך ו/או נמצאת במסלול אישור מזרז.
- 2.5.4. התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבטח על סמך בדיקה גנטית או בדיקה גנומית או באבחון מולקולארי לרבות תרופה בהתאמה אישית כהגדרתה בסעיף 1.5 לעיל.

- 2.5.5. קנאביס רפואי למחלת סרטן, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, לופוס (זאבת) וקרוהן -
- 2.5.5.1. המבוטח יהא זכאי לכיסוי עבור קנאביס רפואי על פי הנחיית רופא מורשה למתן טיפול זה במקרה בו חלה המבוטח במחלת סרטן, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, במחלת לופוס (זאבת) או בקרוהן במהלך תקופת הביטוח.
- 2.5.5.2. סכום השיפוי המרבי הינו בסך של 1,000 ₪ לחודש ועד לתקרה של 30,000 ₪ לכל 30 חודשים לכל מקרי הביטוח.
- 2.6. תרופה IND לפי סעיף 1.6 לעיל.
- למען הסר ספק מובהר בזאת כי לא ייבחן מצבו הרפואי של המבוטח טרם ההצטרפות לביטוח זה ו/או לביטוח קודם רפאל ו/או לא ייבחן לקוי בריאותי שקיים בעת ההצטרפות לביטוח או כל מערכת נסיבות אחרת העלול להוביל לצורך בתרופה, למעט אם הוחרג מקרה הביטוח על פי הצהרת הבריאות ו/או אם נקבע אחרת בסעיף החריגים בפרק זה ובסעיף 16 החריגים הכלליים.

3. הכיסוי

- 3.1. המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות או תשלום ישירות לנוותן השירות את תגמולי הביטוח או תספק את התרופה (במידת האפשר) עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המצטברים כמפורט להלן:
- 3.1.1. סכום הכיסוי לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בארצות הברית ו/או באיחוד האירופאי ו/או בממלכה המאוחדת ו/או בקנדה ו/או באוסטרליה ו/או ביפן - הגבוה מביניהם, במידה ויש מחיר מרבי כאמור. על המבטח להוכיח כי התשלום הנדרש עולה על המחיר המרבי כאמור.
- 3.1.2. הכיסוי יהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור תרופות שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נוותן השירות לאספקת תרופות בעתיד.
- 3.1.3. למבטח יהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל למבוטח ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר ואספקת התרופה תיעשה לאחר בקשת המבוטח.
- 3.1.4. למען הסר ספק מובהר כי כיסוי בגין פרק זה לא יפסק לגבי מקרה ביטוח שלגביו המבטח משלם בפועל תגמולי ביטוח גם אם ההסכם ייפסק מכל סיבה שהיא לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור, הפסקת ההסכם עם המבטח ו/או פרישת העובד. במקרה זה תקופת הביטוח לגביה חל סכום השיפוי המרבי תהיה שלוש שנות ביטוח, אשר יתחדשו לשלוש שנים נוספות וחוזר חלילה.
- 3.2. בנוסף, המבטח ישפה את המבוטח בגין עלויות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה בסכום שלא יעלה על 7,000 ₪ לכל סידרת טיפולים.

4. השתתפות עצמית

- 4.1. על המבוטח תחול השתתפות עצמית בסך 220 ₪ למרשם תרופתי, אך לא יותר מ-440 ₪ לחודש בגין סך כל המרשמים שיציג המבוטח בגין אותו חודש. אם עלות הטיפול התרופתי עולה על 7,000 ₪ לחודש לא יחול על המבוטח תשלום השתתפות עצמית.

5. רכישה באמצעות שב"ן

- 5.1. בחר המבוטח לקבל תרופה המכוסה עפ"י פוליסה זו באמצעות תכנית השב"ן, וישלם במסגרתה את ההשתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כאמור בסעיף 4 לעיל.
- 5.2. במקרה בו המבוטח הציג את הקבלות המקוריות לקופת החולים או לגורם אחר מטעמה, יהא רשאי המבוטח להציג את העתק הקבלות.
- 5.3. אין בזכות זה כדי לגרוע ו/או לפגוע ו/או להפחית מזכויות המבוטח, לרבות מזכויותיו בסעיף 3 וכי סעיף זה נועד להקנות זכות נוספת למבוטח.

6. חריגים

- בנוסף לחריגים הכללים בגוף הפוליסה, המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 6.1. נסיון התאבדות, למעט במקרה של ילד והכל בשנה הראשונה לביטוח.
 - 6.2. אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט במקרה של ילד ולמעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.
 - 6.3. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע והכל במידה וזכאי לפיצוי. אם זכאי המבוטח לפיצוי חלקי, המבטח ישא ביתרת העלות.
 - 6.4. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים בלבד (יובהר כי יכוסה טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם התקבלה המלצה משני רופאים מומחים לאנדוקרידולוגיה אשר להם ותק במומחיות של מעל 10 שנים ותחזית הגובה היא מתחת ל-162 ס"מ בזכר ו-152 ס"מ בנקבה).
 - 6.5. תרופות מתחום הרפואה משלימה.
 - 6.6. טיפול תרופתי מונע ו/או חיסונים במסגרת שרות רפואה מונעת אלא אם חלה בעבר המבוטח והטיפול/חיסון נדרש על מנת למנוע חזרתו.
 - 6.7. טיפול בויטמינים ו/או תוספי מזון.

פרק 3: ביטוח לניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בפרק הכללי לפוליסה זה, יחולו על נספח זה ההגדרות בפרק 1 ובפרק 4 (ניתוחים בארץ), אולם בכל סתירה בין הגדרות פרק זה לבין הגדרות פרק ניתוחים פרטיים בארץ יגברו ההגדרות המפורטות להלן:

"ניתוח" - פעולה פולשנית- חדירנית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או מניעתה (כגון כריתה של שד/שדיים ו/או שחלה ו/או מעי גס, עקב חשש להופעה של גידולים באברים אלו על רקע תורשתי) ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות- חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

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

"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.

"ניתוח גדול" - אחד מאלה:

1. ניתוח אשר כתוצאה ממנו אושפז המבוטח לתקופה העולה על 7 ימים לאחר הניתוח
 2. ניתוח אשר נקבע לגביו על פי קריטריונים רפואיים מקובלים, הנסיון הנצבר בחו"ל גדול משמעותית מהנסיון הקיים בישראל,
 3. מניעת נכות צמיתה או אובדן שמיעה או אובדן ראייה.
- "רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.

"תותבת/שתל" - כל אביזר או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המורכבים בגוף המבוטח, לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור, כל אביזר טבעי או חלק מאביזר טבעי או אביזר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי ובכלל זה משתלים מיוחדים או משתלים רגילים או מפרשי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח, המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך, סטנט וכו') למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך ההשתלה (כמפורט בהגדרת השתלה) זאת, מבלי לגרוע מהאמור בהסכם זה; **"תרופה"** - תרופה כהגדרתה בסעיף 1.1 לפרק 2 (פרק טיפול תרופתי מיוחד).

2. **מקרה ביטוח** - ביצוע ניתוח בחו"ל או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל אשר המבוטח בחר לבצע בחו"ל.

למען הסר ספק מובהר בזאת כי לא ייבחן מצבו הרפואי של המבוטח טרם ההצטרפות לביטוח זה ו/או לביטוח קודם רפאל ו/או לא ייבחן ליקוי בריאותי שקיים בעת ההצטרפות לביטוח או כל מערכת נסיבות אחרת העלול להוביל לצורך במקרה ביטוח על פי פרק זה, למעט אם הוחגר מקרה הביטוח על פי הצהרת הבריאות ו/או אם נקבע אחרת בסעיף החריגים בפרק זה ובאופן שנקבע בסעיף 15 החריגים הכללים.

3. התחייבות המבטח

3.1. המבטח יהיה חייב בכיסוי ניתוח בחו"ל או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל בהתאם לאמור בפרק זה בכל בית חולים על פי בחירת המבוטח בקרות מקרה הביטוח.

3.2. הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל ומחליפי ניתוח בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח וטיפול מחליף ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח או הטיפול מחליף ניתוח אושר מראש על ידי המבטח ושההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותיאום הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, ייעשו ישירות על ידי המבטח. בהיודע למבטח על הצורך בניתוח או בטיפול מחליף הניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את המבטח באופן מידי וימסור למבטח את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הפרוצדורה הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח או בטיפול מחליף הניתוח. במידה ומבטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, תגמולי הביטוח יוגבלו לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבטח לנותני שירות שבהסכם.

למרות האמור לעיל, אם הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח לא אושר ותואם מראש ע"י המבטח, יכסה המבטח את עלות הניתוח ובכל מקרה לא יותר מ-200% מעלות כוללת של ביצוע הניתוח בארץ, ולא יותר מסך של 250,000 ₪ (הנמוך מביניהם), אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל.

4. תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח

בקרת מקרה ביטוח יכסה המבטח את המבטח באופן מלא וישיר באמצעות נותן השירות או תשפה את המבטח כנגד קבלות שימציא לה המבטח, והכל לפי בחירת המבטח, בגין ההוצאות המפורטות להלן עד לתקרת הכיסוי המפורטות להלן:

- 4.1. עד 2 התייעצויות לפני/אחרי ניתוח בחו"ל
- 4.2. שכר מנתחים בחו"ל ושכר רופאים מרדמים בחו"ל.
- 4.3. כלל ההוצאות של חדר ניתוח בבית חולים פרטי בחו"ל, לרבות כל הצוות הרפואי.
- 4.4. הוצאות האשפוז בחדר בן לא יותר מ-3 מיטות.
- "הוצאות האשפוז" לרבות, אך לא רק - הוצאות בגין טיפול רפואי במסגרת האשפוז, שכר צוות רפואי (כולל שירותי אחיות, מנתחים ומרדמים), הוצאות בגין חו"ד רפואית, הוצאות חדר ניתוח, הוצאות בית חולים, אביזרים רפואיים, תרופות, בדיקות מעבדה ובדיקות פתולוגיות (ובכלל זה בדיקות פתולוגיות לקביעת המשך טיפול ו/או חוות דעת שנייה בפתולוגיה, במהלך אשפוז ולאחר ניתוח).
- כמו כן, טיפולים פסיכולוגיים ו/או פסיכיאטריים וטיפולים שיקומיים ובלבד שהחיוב של אלו נעשה על ידי בית החולים ו/או המנתח ו/או הרופא המרדים.
- 4.5. תרופות בעת הניתוח והאשפוז. טיפולים פיזיותרפיים וטיפולים פרא-רפואיים בעת האשפוז.
- 4.6. כיסוי הוצאות בדיקות אבחון, הדמיה ומעבדה, לרבות כל סוגי בדיקות ההדמיה (כגון: P.E.T, U.S, M.R.I, C.T) המבוצעות לקראת ניתוח ולשם ביצועו (אף שלא במהלך אשפוז) וכן בדיקות במהלך ניתוח ו/או כתוצאה מניתוח ו/או באשפוז רצוף שלאחר ניתוח ו/או 5 ימים מתום אשפוז כאמור.
- 4.7. שתל ו/או תותבות בזמן ניתוח, לרבות לב מלאכותי, עד לסך של 57,000 ₪ לכל אביזר. במקרה של סייפרים תאושר גם עלות נוספת לפי הצורך כפי שיידרש בעת הניתוח. הכיסוי המרבי יעמוד על 222,000 ₪ לשלוש שנות ביטוח.
- 4.8. כל הוצאה רפואית אחרת הקשורה ישירות לניתוח שחיוב בגינה נעשה על ידי בית החולים ו/או המנתח ו/או הרופא המרדים לרבות אם ניתנו לפני ביצוע הניתוח.
- 4.9. בדיקת אונקוטסט - המבטח יממן עלויות של בדיקת אונקוטסט עד תקרה של 20,500 ₪ למקרה.

4.10. **כיסוי להוצאות הטסת גופה** - נפטר המבוטח בעת שהתווח בחו"ל, המבטח יכסה את מלוא ההוצאות הכרוכות בהטסת הגופה לישראל, לרבות שימור, תכריכים והסעה למקום התעופה.

5. **בנוסף לאמור בסעיף 4 לעיל, במקרה של ניתוח גדול, כהגדרתו לעיל ישלם המבטח בנוסף את התשלומים הבאים:**

5.1. **כיסוי להוצאות נסיעה לחו"ל** - למבוטח ולמלווה אחד (עד שני מלווים אם המבוטח הוא קטין) בטיסה מסחרית רגילה או בתנאים מיוחדים על פי הוראת רופא המבטח לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.

5.2. **כיסוי להוצאות הטסה רפואית** - במקרה של צורך בהטסה רפואית כהגדרתה בפרק 1 לעיל של המבוטח לחו"ל צורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר ניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה בגובה 81,000 ₪.

5.3. **כיסוי להוצאות שהייה** - הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל. למבוטח ולמלווה עד 800 ₪ ליום ועד לסך מרבי של 81,000 ₪, במקרה שהמבוטח הינו קטין, ישלמו הוצאות של הקטין ושני מלווים. התקרה למבוטח קטין תהא 1250 ₪ ליום ובסה"כ עד 121,000 ₪.

6. **חריגים:**

בנוסף לחריגים הכללים בגוף הפוליסה, המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:

6.1. נסיון התאבדות, למעט במקרה של ילד והכל בשנה הראשונה לביטוח.

6.2. אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט במקרה של ילד ולמעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.

6.3. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע והכל במידה וזכאי לפיצוי. אם זכאי המבוטח לפיצוי חלקי, המבטח ישא ביתרת העלות.

6.4. לידה (למעט: לידה בניתוח קיסרי מסיבות רפואיות, סיבוכי הריון, הפלה או כשל הריון, הריון מחוץ לרחם וכד').

6.5. ניתוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, למעט ניתוח שיש צורך רפואי בו, לפי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח (למשל, ניתוח הרמת עפעפיים במקרה בו קיים הפרעה בשדה הראייה של המבוטח, ניתוח להקטנת החזה בו קיים צורך רפואי הנובע מבעיות אורטופדיות או זיהומיות, שיקום שד לאחר כריתת שד שחזור או התאמה, ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח בריאתרי: אצל מי שסובל מ-BMI גדול מ-40 או BMI גדול מ-37 אם סובל מסוכרת ו/או יתר לחץ דם ו/או מחלות לב או ניתוח בריאתרי אצל מי שסובל מ-BMI גדול מ-37 או BMI גדול מ-34 אם סובל מסוכרת ו/או יתר לחץ דם ו/או מחלות לב (כפוף להשתתפות עצמית של 40% מעלות הניתוח), וכן תיקון צלקת לאחר ניתוח או לאחר כוויות או המשך לניתוח שזכאותו הוכרה על ידי המבטח).

6.6. ניתוחים הקשורים בשיניים, למעט ניתוחי פה ולסת שאינם קשורים בפרוטטיקה ואורטודנטיקה (מובהר כי טיפולי שיניים שהם המשך ישיר מניתוח שזכאותו הוכרה יכוסו גם אם מדובר בטיפולי פרוטטיקה ואורתודנטיה).

6.7. בדיקות מעבדה: צילומי רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפותרמי, זריקות הזלפות, בדיקות הדמיה ובדיקות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, למעט אם טיפולים אלו מכוסים על פי סעיף 4 לפרק זה.

- 6.8. טיפולים מחליפי ניתוח ניסיוניים שנדרש אישור של וועדת הלסינקי לביצועו.
- 6.9. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה וטיפולים פארא רפואיים.

פרק 4: כיסוי משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

1. הגדרות:

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2. שכר מנתח.

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

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

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

4. תגמולי ביטוח:

הסדר ניתוח - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין המבטח 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 המבטח למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

בקרות מקרה ביטוח החברה המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

4.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות

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

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

5. ברות ביטוח:

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים על פי פרק 3 ב', עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

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

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

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

6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

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

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

6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים

- מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 16.1.2
- 6.10 ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

7. תקופת אכשרה:

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

פרק 4ב: כיסוי לניתוחים וטיפולים "השקל הראשון"

1. הגדרות:

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

- 1.10. **הסדר ניתוח** - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין המבטח לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולם על ידי המבטח למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
- 1.11. **הסדר התייעצות** - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין המבטח לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי המבטח או על ידי המטופל.

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

- 3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
- 3.2. שכר מנתח.
- 3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.4. טיפול מחליף ניתוח - וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח בכתובת www.harel-group.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבטח לטיפול נוסף.

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

4. חריגים:

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

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

- 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 16.1.2
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגבי הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.
5. תקופת אכשרה:
- תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות, למעט למבוטחים שהצטרפו בחלון ההצטרפות.
- בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

פרק 5: שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים

1. מקרה ביטוח:

שירותים המפורטים להלן, שקיבל המבוטח במהלך תקופת הביטוח. יובהר כי תשלומה תביעות אך ורק אם הן כוללת קבלות בהן רשום שם מקבל הטיפול.

תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח:

המבטח ישפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות עד לתקרת הסכום הקבוע להלן בכל כיסוי:

1.1. **התייעצות עם רופא מומחה** - לגבי בעיה רפואית אשר בתחום מומחיותו (לא כולל רופא משפחה, רופא ילדים, רופא נשים המטפל בשגרה, למעט רופא ילדים בדרג של סגן מנהל מחלקה ומעלה). המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשעור 80% מההוצאה שהוציא בפועל המבוטח בגין התייעצות, עד לתקרה של 1,050 ₪ להתייעצות אחת ועד 4 התייעצויות בשנת ביטוח. למען הסר ספק, במסגרת תשלומי תגמולי הביטוח על פי נספח זה, לא תידרש המצאת אישור רפואי, למעט במקרה של התייעצות עם רופא נשים. סעיף זה יכלול גם קבלת שירות של רוקחות קלינית, שכולל ייעוץ תרופתי אישי ומבוצע ע"י רוקח, ותיחשב כהתייעצות במסגרת סעיף זה. יודגש, כי שימוש במכסה זו לא יגרע מהתייעצות עם רופא מומחה לפי פרק הניתוחים.

1.2. **התייעצות עם רופא מומחה בהסכם עם הראל** - מבלי לגרוע מהאמור בסעיף 1.1 לעיל ומבלי לגרוע מהמכסה האמורה בו, המבוטחים יהיו רשאים לפנות לייעוץ אצל רופא מומחה בהסדר עם הראל בהתאם לרשימה במתפרסמת באתר הראל www.hagal-group.co.il. הייעוץ יהיה בהשתתפות עצמית של 150 ₪ לפגישת יעוץ, וללא הגבלה במספר הפגישות (לא יינתן החזר על השתתפות עצמית זו מכח סעיפים אחרים).

1.3. **חוות דעת שניה בחו"ל** - מבוטח יהיה זכאי לחוות דעת שנייה בחו"ל באמצעות נותני שירות שבפוליסה עם המבטח, לאחר קבלת חוות דעת ראשונה (חוות דעת רפואית ראשונה - דו"ח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המבוטח וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות; צילומי רנטגן, U.S., C.T, M.R.I., בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה). ועד לתקרה של 12,100 ₪, לכל שנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 10%.

1.4. **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - בדיקות אבחנתיות כהגדרתן לעיל:

1.4.1. בדיקות אבחנתיות כמפורט להלן: בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I), PET, CARDIO, CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, CT, תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי, וכל בדיקה אחרת ו/או טכנולוגיה רפואית אחרת לאבחון הקיימת כיום או שתהיה קיימת בעתיד הנדרשת לאבחון מצבו הרפואי ו/או מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה (למעט הבדיקות בסעיף 1.4.2 להלן). המבטח ישפה את המבוטח ב-80% מההוצאות אשר הוציא לצורך ביצוע הבדיקה ולא יותר מ-15,000 ₪ לכל שנת ביטוח.

1.4.2. בדיקות אבחנתיות כמפורט להלן: מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), המבטח ישפה את המבוטח ב-80% מההוצאות אשר הוציא לצורך ביצוע הבדיקה ולא יותר מ-5,050 ₪ לכל שנת ביטוח.

1.5. **טיפולים פיזיותרפיים / הידרותרפיים / ספורטרפיים** - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשעור 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפול פיזיותרפיה או הידרותרפיה או ספורטרפיה לפי הוראת רופא. אך לא יותר מ-12 טיפולים למצב רפואי אחד בתקופה של שנת ביטוח ובכל מקרה לא יותר מתקרה של 2,520 ₪ לכל שנת ביטוח. טיפולי הידרותרפיה או ספורטרפיה יינתנו ע"י מטפל המוסמך לשיטת טיפול זו בלבד.

- 1.6. **ריפוי בעיסוק** - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשעור 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת ריפוי בעיסוק לפי הוראת רופא. אך לא יותר מ-16 טיפולים למצב רפואי אחד בתקופה של שנת ביטוח ובכל מקרה לא יותר מתקרה של 2,300 ₪ לכל שנת ביטוח.
- 1.7. **הוצאות טיפולי פוריות** - המבטח ישלם למבוטח שעבר את הטיפולים הבאים בעצמו, תגמולי ביטוח בשעור 80% מהסכום שששילם בפועל תמורת טיפולי פוריות, הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה כולל תרומת ביצית וכל הוצאה הנלווה הכרוכות בתהליך זה וכן טיפול ושירות רפואי שעבר המבוטח/ת שתכליתו כניסת המבוטח/ת או בן/בת זוגו של המבוטח להריון ו/או שתכליתו הגדלת הסיכויים כי המבוטח/ת או בן/בת זוגו של המבוטח תיכנס להריון ועד לסך של 14,100 ₪ לשנתביטוח. כיסוי זה יינתן ללא כל קשר לכיסוי הניתן עפ"י חוק ביטוח בריאות ממלכתי ו/או שב"ן.
- 1.8. **בדיקות והתייעצויות לנשים בהריון** - המבטח ישתתף בעלות הבדיקות להריון והתייעצויות עם גניקולוג. השתתפות המבטח יהיה בגובה 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מתקרה כוללת של 4,550 ₪ לסך כל הבדיקות להריון. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, הבדיקות כוללות לדוגמא סריקות מערכות, בדיקות מי שפיר, בדיקות סיסי שיליה, גושה, שיקוף עורפי, בדיקות לגילוי גנים נשאים לסיסטיק פיברוזיס, תסמונת איקס שביר, מובהר בזאת כי בדיקות מסוג וריפיי, צ'יפ גנטי, ניפטי, הורמוני וכל תחליף מי שפיר אחר מכוסות תחת סעיף זה, בדיקות גנטיות טרום הריון וכל הבדיקות הגנטיות שקיימות היום או שתהיינה בעתיד ומבוצעות בגבר או באשה. כיסוי זה יינתן ללא כל קשר לכיסוי הניתן על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ו/או השב"ן וכנגד קבלות מקוריות (או העתקי קבלות כמפורט בסעיף 10 לתנאים הכלליים). נושאת המבוטחת בבטנה תאומים היא תהיה זכאית לשיפוי כולל בשיעור של 50% נוספים.
- 1.9. **מימון לשירותי פונדקאות** - המבטח ישלם למבוטח 75% מהסכום ששולם בפועל תמורת שירותי פונדקאות ובתנאי שהטיפול ייעשה כאמור בהוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע 2010 וזאת עד 25,000 ₪ לכל סדרת טיפולים לילד. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים, וזאת לאחר מיצוי הזכאות בסל הבריאות. במקרה ובו שני בני הזוג מבטחים בפוליסה זו, תקרת תגמולי הביטוח תהיה בסך של 37,500 ₪.
- 1.10. **"אם פונדקאית"** - המבטח ישתתף ותשפה את המבוטח בגין 80% מההוצאה שהוצאה בפועל עבור בדיקות הריון כמוגדר בסעיף 1.8 לעיל אשר בוצעו באם פונדקאית, בתנאי שבוצעו ע"פ הוראות רופא. הסך המירבי לו מחוייבת חברת הביטוח לא יעלה על הסכומים הקבועים בסעיף 1.8 לעיל.
- 1.11. **הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפיגן או טכנולוגיה דומה** - המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפיגן או טכנולוגיה דומה עד סכום 4,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 1.12. **מנוי לשירותי משדר קרדיאלי / קרדילוגי** - המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדילוגי לרבות עלות שכירת/רכישת המשדר האמור במידת הצורך, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך ביתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על-פי אשור רופא מומחה למנוי כזה. הכיסוי יינתן עד 155 ₪ לחודש ובסה"כ עד 24 חודשים בתקופת ביטוח.
- 1.13. **טיפולים אונקולוגיים** - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח עבור טיפולי רדיותרפיה, כימותרפיה, הקרנות, היפרתרמיה, גלי חום, גלים אלקטרומגנטיים, שמירת זרע ושמירת ביציות ובתנאי שמבוצעים עקב הטיפול האונקולוגי בשעור 80% מהסכום ששילם

בפועל תמורת טיפולים אלו הניתנים למבוטח ובכל מקרה לא יותר מתקרה של 40,000 ₪ לכל סוג טיפול ולכל שנת ביטוח.

1.14. **בדיקות סקר למחלות סרטן ו/או בדיקות גנטיות מניעתיות** - מבוטח זכאי לבצע בדיקות לאבחון גנטי ו/או אחר אחת לכל שתי שנות ביטוח לגיליו נשאות של גנים סרטיניים או גילוי מוקדם של מחלות הסרטן. המבטח ישלם 80% מההוצאות שנשא המבוטח בפועל ועד לתקרה של 6,050 ₪ פעם אחת בשתי שנות ביטוח. הכיסוי יינתן למבוטח בתנאי שכן משפחה מדרגה ראשונה חלה במהלך תקופת הביטוח בסרטן ו/או אם קיימת המלצה רפואית מתועדת (שתוגש למבטח) לביצוע הבדיקה בשל חשד לנשאות גנטית.

1.15. **בדיקות לאפיין והתאמת טיפול למחלת הסרטן** - המבטח יממן עלויות של הבדיקות וההבחנות והערכות השונות לרבות בדיקות גנומיות/ גנטיות ומולקולריות עד לתקרה של 20,139 ₪ למקרה ביטוח, גם אם הבדיקה נערכת שלא במהלך אשפוז.

1.16. **טיפול בהתפתחות הילד וליקוי למידה** - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת קליניאית תקשורת, פסיכולוג התפתחות, טיפול בשיטת אלבאום, טיפול בהוראה מתקנת או אבחון או טיפול בבעיות או ייעוץ ו/או טיפול בלקוי למידה ו/או באמצעות שיטת טיפול אחרת, למעט ריפוי בעיסוק. סכום השתתפות המבטח יוגבל לסך של 155 ₪ לפגישה. תקרת השתתפות המבטח לפי סעיף זה הינה עד 16 מפגשים לכל שתי שנות ביטוח. הכיסוי מותנה בהמצאת המלצה מרופא על הצורך בטיפול על פי סעיף זה. בסעיף זה: "ילד" - מבוטח שגילו מתחת ל-21 שנה.

1.17. **כיסוי לאביזרים רפואיים**

1.17.1. **"אביזר רפואי"** בסעיף זה - פרטי רפואי שנעשה בו שימוש פנימי או חיצוני ו/או שתל טבעי או מלאכותי בהתאם לרשימה להלן: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar. Agrelief 10), מכשיר CPAP, מכשיר למדידת קרישיות יתר, סד לכתף, חזיה לאחר ניתוח שד לחולות סרטן, מכשיר BPAP, מכשיר הנשמה, משאבת אינסולין, גלוקומטר, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי רינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורט וקונוס, שתל קוכולארי ו/או נעלים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מייוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, מדרסים, גרבים אלסטיות ופאה, שתלי אוזן (משתל קוכולארי), עדשות לקרטוקונוקס.

1.17.2. **מקרה הביטוח:** המבוטח זכאי להחזר בגין הוצאות עבור אביזר רפואי מהרשימה בהתאם לתנאים האמורים לעיל בתנאי שברשותו הוראה בכתב מרופא מומחה כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב שימוש באביזר הרפואי.

1.17.3. **סכום הביטוח:** המבוטח יהיה זכאי לרכוש אביזרים רפואיים בהחזר של עד 75% מההוצאה בפועל ועד לסכום ביטוח מרבי של 4,050 ₪ לכל שנת ביטוח בגין כל האביזרים המנויים לעיל למעט שתלי אוזן שסכום הביטוח המרבי בגינם יעמוד על 11,100 ₪ ועדשות שסכום הביטוח המרבי בגינן יעמוד על 3,000 ₪.

1.18. **טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידות (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 3,000 ₪ לשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

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

1.19. **זריקות לטיפול או מניעת בעיה רפואית** - המבטח ישתתף בהוצאות בגין זריקות לטיפול בבעיה רפואית כגון, אך לא רק; חומצה היאלורונית, אפיזורל, וולטרן, קורטיון, בוטוקס רפואי, וזאת עד 3,000 ₪ למקרה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבטח יכסה גם את עלות השירות או הטיפול הרפואי הכרוך במתן הזריקה. יובהר כי הכיסוי על פי סעיף זה יינתן במקרה של צורך רפואי מתועד בלבד.

1.20. **חדר מלח** - המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסתמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, בכפוף להפניית רופא מומחה. המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששולם בפועל, אך לא יותר מ-11 טיפולים לכל שנת ביטוח ולא יותר מ-120 ₪ לטיפול.

1.21. **טיפול בדום נשימה ובהפרעות נשימה בשינה** - המבטח ישפה את המבוטח בעבור עלות טיפולים נדרשים לטיפול בדום נשימה הפרעת נשימה בשינה ולא יותר מסך של 4,000 ₪ לשנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהטיפול בוצע ע"פ הפניית רופא מומחה רלוונטי.

1.22. **טיפול בתא לחץ** - יכוסה טיפול בתא לחץ שאינו טיפול ניסיוני - בכפוף להפניה של רופא מומחה מטעם המבוטח בהשתתפות עצמית של 20%. תקרת החזר עד 10,500 ₪ לכל שנת ביטוח.

1.23. **טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים** - המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול באמצעות אוזון, תא לחץ, מאקרופגים או כל שיטה אחרת הנדרשת לטיפול בפצעים פתוחים ו/או מזיהומים לרבות פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת ולא יותר מהסכום של 11,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%. יובהר כי הכיסוי על פי סעיף זה אינו כולל טיפול באקנה או טיפול קוסמטי ואסתטי.

1.24. **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח 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 200 ₪ לטיפול בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.

1.25. **הדפסת איברים** - המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים/ים להמחשה, הנדרשים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס. מבוטח ישופה כנגד חשבונות/קבלה בסך של 2,000 ₪ עבור הדמיית תלת מימד, 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ו-15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח. והכל בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.26. **מרפאות כאב בבית חולים פרטי**

1.26.1. **מרפאת כאב** - מרפאה בבית חולים פרטי המטפלת בכאב חריף וכאב כרוני, כגון - כאבי גב, כאבי צוואר, כאבים הקשורים למחלת הסרטן ועוד, בין היתר באמצעות טיפול בחשמל, זריקות ו/או הזרקות וטיפול בעזרת גלי רדיו.

1.26.2. **מקרה הביטוח** - המלצת רופא מטעם המבוטח על טיפול במרפאת כאב.

- 1.26.3. **הכיסוי** - 80% מההוצאות בפועל לביצוע טיפולים במרפאת הכאב, עד 10 טיפולים לשנת ביטוח ועד 150 לטיפול. ככל והטיפול נעשה בבית חולים ציבורי, יהיה זכאי המבוטח להחזר של עד 75 לטיפול ועד 10 טיפולים בשנת ביטוח.
- 1.27. **שיפוי שב"ן** - בחר המבוטח לקבל את השירות הרפואי או השיפוי בגינו מקופת חולים ו/או מתוכנית שב"ן, יחזיר המבטח למבוטח את גובה ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו לקופת חולים ו/או לשב"ן (לפי העניין). במקרה זה יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המירביים הנקובים בסעיפים 1.1-1.22 לעיל.
- 1.28. **שירותים נוספים:**
- המבטח ישתתף בעלות עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן, לפני ו/או במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח כמפורט להלן:
- 1.28.1. **שכר אחות פרטית לצורך שמירה על המבוטח** - לאחר ניתוח בבית חולים בסכום של עד 850 ל כל יום אשפוז לתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.
- 1.28.2. **שירות הסעה באמבולנס** - המבטח יחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח ו/או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר, ללא מגבלה. החזר זה לא יעלה על פעם וחצי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום.
- 1.28.3. **כיסוי להוצאות שהייה** - בתנאי שהניתוח מבוצע במרחק של למעלה מ-80 ק"מ ממקום מגוריו המופיע בספח תעודת הזהות - הוצאות לשהייה למבוטח ו/או למלווה עד 505 ליום ועד לסך מרבי של 20,150 ל, במקרה שהמבוטח הינו קטין ישולמו הוצאות של הקטין ו/או שני מלווים, התקרה תהא 760 ל ליום ובסה"כ עד 30,250 ל.
- 1.28.4. **הוצאות שיקום** - טיפולים שיקומיים בהוראת הגורם הרפואי המנתח יכוסו עד תקרה של 3,025 ל, ובכלל זה טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, טיפולי שיקום. כמו כן, יכוסו טיפולים פסיכולוגיים ו/או פסיכיאטריים ועד לתקרה של 405 ל לטיפול.
- 1.28.5. **הוצאות החלמה** - בוצע במבוטח ניתוח מעקף לב או ניתוח מוח או השתלה או כל ניתוח המחייב החלמה או כל ניתוח בגינו היה המבוטח מאושפז 7 ימים לפחות ו/או אירוע רפואי אחר המחייב על פי הוראת רופא מומחה החלמה, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות החלמה במוסד החלמה מוכר. יובהר כי הכיסוי ינתן עבור הוצאות החלמה שהוצאו בתוך 90 יום מיום הניתוח. חבות המבטח מוגבלת בתשלום של עד 14 ימי החלמה ועד 806 ל ליום.
- 1.28.6. **גמלה בגין אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח** - המבטח ישלם למבוטח פיצוי חודשי בסכום של 8,982 ל לחודש לאחר תקופת המתנה של חודשיים ולתקופה של עד 12 חודשים, במקרה של אובדן כושר עבודה מלא, הנגרם למבוטח כתוצאה מביצוע ניתוח המכוסה בפרק 4'א או 4'ב וכל עוד הינו באובדן כושר עבודה. בתקופת תשלום הפיצוי החודשי המבוטח והמעסיק משוחזרים מתשלום פרמיה לביטוח לפי פוליסה זו.
- לעניין סעיף זה **"אובדן כושר עבודה"** - אי יכולתו של המבוטח לעבוד ב-75% ומעלה מהמקצוע העיקרי בו עסק טרם קרות מקרה הביטוח.
- 1.28.7. **פיצוי בגין מוות כתוצאה מניתוח** - נפטר המבוטח חו"ח במהלך ניתוח או כתוצאה מניתוח המכוסה על פי פרק 3'א או 3'ב בתוך 7 ימים מיום ביצוע הניתוח, או מוות שאירע בתקופה של עד 12 חודשים לאחר הניתוח בפועל

בהם שהה המבוטח באשפוז רצוף, ישלם המבטח פיצוי חד פעמי בסכום של 222,000 ₪.

1.28.8. **חוות דעת שנייה על פענוח קודם לבדיקות הדמיה** - המבטח יכסה חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום לבעיה הספציפית של הפענוח, ועד לתקרה של 1,300 ₪ לכל מקרה ביטוח.

1.29. **ניתוחים בחלל הפה (עקירה כירורגית, ניתוחי חניכיים) וטיפול המשך המבוצעים ע"י רופא שיניים:**

1.29.1. **הגדרות:**

1.29.1.1. **"פריודנט"** - רופא שיניים כהגדרתו בהסכם זה בעל תעודת מומחיות של פריודנט מטעם הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.

1.29.1.2. **"רופא שיניים"** - אדם העוסק ברפואת שיניים על פי רשיון כחוק מטעם הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.

1.29.1.3. **"תרופה"** כהגדרתה בסעיף 1.1. לפרק 2 (פרק טיפול תרופתי מיוחד).

1.29.2. **ניתוחי פה ולסת שאינם קשורים בשיניים:** יכוסו על פי פרק זה וייחשבו לניתוח לכל דבר ועניין.

1.29.3. **טיפול שיניים שהם המשך ישיר מניתוח שזכאותו הוכרה,** יכוסו גם אם מדובר בטיפול פרוטטיקה ואורתודנטיה.

1.29.4. **עקירה כירורגית:** המבטח יחזיר למבוטח עבור תשלומים שהמבוטח שילם לרופא שיניים עבור ביצוע עקירה כירורגית של שן, עד 725 ₪ לשן לתקופת ביטוח.

עקירה כירורגית: עקירת שן כתוצאה מתהליך עשיתי אשר גרם להרס מוחלט של כותרת השן או שן בעלת שורשים עקומים ומפותלים אשר מחייב חיתוך בחניכיים עד לחשיפת השורשים על מנת לאפשר נקודת אחיזה לכלי העדר החולץ ו/או הוצאת שן, אשר אין אפשרות להוציאה אלא בפרוצדורה כירורגית ואשר לצורך הוצאתה יש לחתוך ברקמה הרכה, להפשיל מתלה של רקמה רכה ו/או לסלק באופן חלקי או מלא עצם לרבות תפירת האזור בתום הטיפול.

1.29.5. **ניתוחי חניכיים:** המבטח יחזיר למבוטח עבור תשלומים שהמבוטח שילם לפריודנט עבור הטיפולים להלן ולא יותר מהסכום הנקוב להלן לכל טיפול:

"ניתוח חניכיים": הקצעת שורשים (root planing) או כריתת חניכיים או מטלית לגרידת חניכיים או ניתוחי עצם והשתלת חניכיים בתנאי שקיימת תחלואה פריודנטלית ברקמות הרכות ורקמות התמיכה של השן מחייבת התערבות כירורגית.

1.29.5.1. בדיקה פריודנטלית עד לסך 280 ₪.

1.29.5.2. הקצעת שורשים (root planing) עד לסך 170 ₪ לכל סקסטנט (1/4 פה).

1.29.5.3. כריתת חניכיים עד לסך 1,400 ₪ לכל סקסטנט (1/4 פה).

1.29.5.4. ניתוח מטלית (כולל ניתוחי עצם והשתלת עצם) עד לסך 1,700 ₪ לכל סקסטנט (1/4 פה).

1.29.6. על כל הסעיפים הנ"ל יחול השתתפות עצמית בשיעור של 20% מההוצאה ובלבד שהכיסוי הכולל לא יעלה על 13,500 ₪.

- 1.29.7. ביחס לכל סעיף 1.29 זה - תשלומים בסעיף זה יבוצעו לנותני השירות שבהסדר עם המבטח כמפורט באתר המבטח בכתובת www.harel-group.co.il ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור.
- 1.30. טכנולוגיות רפואיות מתקדמות הקשורים בניתוח או בטיפול מחליף ניתוח:
- 1.30.1. "טכנולוגיות רפואיות": הליך או הליכים, אמצעי או אמצעים לאבחון ו/או לטיפול רפואי בגין תאונה ו/או מחלה פעילה הקשורים בניתוח ומוכרים בעת ביצועם, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כטכנולוגיות שגרתיות ומקובלות או טכנולוגיות מתקדמות וחדשניות, בין אם טכנולוגיות אלה כלולות בסל הבריאות ובין אם לא, בין אם הינם קיימים היום ובין שיהיו בעתיד. טכנולוגיות אלו יכללו טיפול חלופי לניתוח כהגדרתו בפרק הניתוחים, ו/או אביזר/ים רפואיים מסוגים שונים הקשורים בניתוח: עזרים ניתוחיים ואחרים, שתלים/ים כמוגדר להלן. ערכות (קייטים) ייחודיים של אביזרים לשימוש במהלך ניתוח (בין מתכלים ובין אחרים), בין אם הינם מושתלים בגוף המבוטח במהלך ניתוח ובין אם לפניו ו/או אחריו (כגון PERCLOSE או HEART PORT וכיוצא), ובדיקות פתולוגיות מיוחדות לקביעת אופן הטיפול לאחר ביצוע ניתוח. כן יכללו במסגרת הגדרה זו פעולות הדמיה מסוגים שונים, ובכלל זה הדמיה/יות וירטואליות, הבאה לפני ניתוח ו/או במהלכו ו/או לאחריו, ובקשר ישיר עימו, כהכנה לניתוח ו/או כאבחון הקשור בניתוח ו/או כטיפול הקשור בניתוח, כגון: US, PET, C.T, MRI. מוסכם כי השימוש בטכנולוגיות כמתואר לעיל תהיה בהקשר לניתוח ומטרתם להציל חיים או להאריך חיים או לשפר משמעותית את איכות הפעולה הרפואית הניתנת לניתוח למבוטח ואת רווחתו אם נפגע בתאונה ו/או אם הינו חולה במחלה פעילה כמוגדר להלן, והינו נזקק בשל כך לניתוח או לטיפול הקשור בניתוח באמצעות הטכנולוגיות הרפואיות הנ"ל.
- 1.30.2. **מקרה הביטוח** - ביצוע טכנולוגיות רפואיות.
- 1.30.3. **התחייבות המבטח** - בוצע במבוטח הליך או הליכים המוגדרים בסעיף 1.30 אשר אינם תרופה כהגדרתה בסעיף 1.1 בפרק התרופות ואשר אינם השתלת איברים כהגדרתה בפרק השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל ג', סעיף 1.1, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השרות כל הוצאה כנ"ל בתנאי שיתקיימו כל התנאים הבאים במצטבר:
- 1.30.4. אין היא קשורה בהפריה או בהריון או בלידה או בשמירת הריון או בלידה מוקדמת.
- 1.30.5. אין הטכנולוגיה הרפואית הנ"ל מהווה טיפול ניסיוני.
- 1.31. **בדיקות הדמיה המוגדרות והכלולות בהגדרת טכנולוגיות רפואיות (כדוגמת U.S, PET, C.T, או MRI או הדמיה וירטואלית) המבוצעות לקראת ניתוח ולשם ביצועו אך שלא במהלך אשפוז** - בוצע במבוטח בדיקת הדמיה שלא במהלך האשפוז אך הן לצורך ביצוע ניתוח המכוסה על פי הסכם זה והמבוצע באמצעות המבטח, יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין הוצאותיו כקבוע בסעיף 1.32.1 להלן.
- 1.32. **סכום הביטוח** - סך השיפוי שישלם המבטח בגין הפעולות המוגדרות בסעיף 1.30, לא יעלה על תקרה בסך 431,700 ₪ לכל תקופת טיפול, כמפורט להלן, אך לא יותר מסכומי השיפוי המרביים שנקבעו לכל פעולה הכלולה כמקרה ביטוח כמפורט להלן:
- 1.32.1. לבדיקת הדמיה או לאביזר (שלא במהלך אשפוז) - עד 6,200 ₪ לכל הדמיה או אביזר אך לא יותר מ-62,000 ₪ לכל תקופת טיפול.

1.32.2. לכל הליך או פעולה אחרים (מלבד הדמיה או אביזר) המוגדרים לעיל כטכנולוגיות רפואיות היום לרבות בדיקות פתולוגיות מיוחדות ולכל הליך פעולה שיהא בעתיד, סך 9,300 ₪ לכל פעולה ולא יותר מ-61,700 ₪ לכל תקופה טיפול.

1.32.3. "תקופת טיפול" משמעה - תקופה בת 36 חודשים המתחילה במועד תחילת הטיפול במבוטח, בתנאי כי תקופת הביטוח טרם הסתיימה (להלן: "תקופת הטיפול הראשונה"), והיא תחודש למשך 36 חודשים נוספים, אך לא יותר מתום תקופת הביטוח. בתום תקופת הטיפול הראשונה יחודש גם סכום השיפוי המרבי לאותו מבוטח בסך 432,000 ₪ לתקופת טיפול נוספת בתנאי וכל עוד נמשכת תקופת הביטוח.

1.33. טיפול בציפורן חודרנית - יכוסה טיפול בציפורן חודרנית בכפוף להפניית רופא לטיפול אצל מטפל ספציפי ועד תקרה של 1,500 ₪ לשנה.

2. תקופת האכשרה - אין תקופת אכשרה למעט סעיפים 1.7 ו-1.8 בהם תהיה תקופת האכשרה 180 יום ובסעיף 1.29.5 תהיה תקופת אכשרה של בת 12 חודשים ממועד הצטרפות המבוטח לביטוח. תקופת האכשרה לא תחול לגבי מבוטחים שלהם רצף ביטוחי מהביטוח הקודם כהגדרתו בפוליסה.

3. חריגים:

בנוסף לחריגים הכללים בגוף הפוליסה, המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:

3.1. טיפולים/בדיקות אשר אינם מוגדרים כמקרה ביטוח עפ"י פרק זה.

3.2. שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירות התחייב לתת כטיפולים עתידיים.

רפואתי 
תמיד כאן בשבילך



רובד רשות



פרק 6: כתב שירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

1. מבוא:

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

2. הגדרות:

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

הראל חברה לביטוח בע"מ.	"המבטח"
הגוף עימו התקשרה המבטח לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה, אשר פרטיו מפורטים בדף פרטי הביטוח.	"ספק השירות" או "הספק"
קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו ייוסגו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי פוליסה זו.	"מוקד השירות" או "המוקד"
מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: 072-2756606	
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 בדף פרטי הביטוח.	"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 3.1 להלן, בהתאם לתיאור המפורט בצידם 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"

כמפורט בפוליסה.	"מדד"
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 וטרינר ורופא שיניים.	"רופא"
תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה מתחילה במועד הקובע.	"שנה"
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. 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 והמיידית לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ואו לחץ נפשי ואו הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות, לא יחשבו כ"תאונה".	"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 תשמנה 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 ומערכת 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. **פלדנקרייז** - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 3.1.6. **אוסטיאופתיה** - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 3.1.7. **ביו-פיזיק** - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.

- 3.1.8. **ייעוץ דיאטטי** - התאמה אישית של תוכנית 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 עוד לפני שהיא מתבטאת במחלה.
- 3.1.13. **חדרי מלח** - טיפול בחדר מלח שהינו חדר המדמה מערת מלח, היות וכל פינתו - 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** - עיסוי שמטרתו להחזיר לגוף יכולת תפקוד תקינה, הקלה על כאבים, שחרר שרירים מכווצים (תפוסים), ושיפור טווחי התנועה במפרקים.
- 3.1.15. **שיטת פאלולה.**
- 3.1.16. **שיטת אלכסנדר.**
- 3.1.17. **רפואה סינית.**
- 3.2. **השירותים יינתנו במרפאות נותן השירות שבהסכם בלבד.** במקרה בו לא קיים נותן שירות שבהסכם ברדיוס של עד 20 ק"מ ממקום מגוריו של המנוי או במקרה של מבוטח שגילו עד 18 שנה שהינו חולה אונקולוגי או במקרה בו נדרש טיפול באמצעות מטפל לו קיימת התמחות בטיפול בילדים יהא זכאי המנוי לקבל שיפוי חלקי כמפורט בסעיף 5.4.5 להלן.
- יובהר כי במקרה בו נדרש שיפוי במקרה בו לא קיים מטפל עם התמחות עבור טיפול בילדים כאמור, ההחזר יינתן כנגד אישור מתאים על פיו הוא מתמחה בטיפול בילדים.**
- 3.3. על אף האמור לעיל, **השירותים המופיעים 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. הכיסוי יינתן לאחר תקופת אכשרה בת 180 יום, למעט למבוטחים שהצטרפו בחלון ההצטרפות. מנוי, זכאי לקבל את השירות 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 היא זכאי המנוי, תכלול עד 20 (עשרים) 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-20 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₪ 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 42₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע במרפאת נותן השירות שבהסכם בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.1 עד 3.1.17 לעיל.
- 5.4.4.3. 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. במקרים המנויים בסעיף 3.2 לעיל יוכל המבוטח לקבל את השירותים מגורמים פרטיים שאינם בהסדר עם נותני השירות. אם בחר המבוטח לקבל טיפול באופן פרטי, ישלם המבוטח ישירות לגורם הפרטי שנתן בפועל את השירות את מלוא הסכום שיידרש על ידו, ונותן השירות או חברת הביטוח תחזיר לו כנגד המצאת הקבלה סכום השווה ל-80% (שמונים אחוזים) מהתשלום הנ"ל, אך לא יותר מ-167.3₪ לטיפול (מאה שישים ושבעה ש"ח ושלושים אגורות).
- 5.4.6. השירותים על-פי כתב השירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.
- 5.4.7. במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ-12 שעות טרם מועד הטיפול. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם.

- 5.4.8. במקרה שהמבוטח ביצע טיפולי רפואה משלימה באמצעות ספקי הסדר של השב"ן, יקבל החזר של ההשתתפות העצמית אותה שילם המבוטח לשב"ן אך לא יותר מ-200 ש"ח לטיפול (מאתיים) ועד לתקרה של 20 טיפולים בשנת ביטוח.
- 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.

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 (עד השעה 16:00 ניתן מענה טלפוני, אחרי השעה 16:00 ועד 08:00 ניתן להשאיר הודעה שתטופל יום למחרת), 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. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 6.4. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו, למעט כמצוין בסעיף 3.3 לעיל.
- 6.5. עם סיום כל טיפול, יחתום המנוי על ספח ביקורת המאשר את קבלת הייעוץ או הטיפול.
- 6.6. 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. השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.

8. תוקפו של כתב השירות

- 8.1. כתב השירות ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע.
- 8.2. 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.
- 8.3. ביטול על ידי החברה:
- 8.3.1. 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:
- 8.3.1.1. במועד ביטול הפוליסה מכל סיבה שהיא.
- 8.3.1.2. בתום תקופת כתב השירות על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.

8.3.1.3 עם הפסקת תשלום מלוא או חלק דמי המנוי לחברה במועדם בהתאם לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

9. שונות

- 9.1 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 9.2 כל התשלומים הנקובים בכתב השירות זה, כוללים מע"מ כחוק. אם יחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
- 9.3 הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב לחברה, ייחשבו כהודעות שנמסרו למנוי.

10. מקום השיפוט וברירת דין

מקום השיפוט הבלעדי בכל הקשור בכתב השירות הוא בבתי המשפט בישראל והדין החל הינו דיני מדינת ישראל בלבד.

פרק 7: כתב שירות - שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי

1. השירות
 - 1.1. המנוי יהיה זכאי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי (להלן: "שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי"), אשר במסגרתם יהיה זכאי לפגישות פנים מול פנים עם מטפל (להלן - "פגישות ייעוץ אישיות").
 - 1.2. מובהר בזאת כי שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי הינם טיפולים הנעשים בקליניקות פרטיות בלבד, ללא צורך באשפוז או טיפול במעון יום או כל התערבות מוסדית אחרת.
2. כללי
 - 2.1. נזקק המנוי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומס' תעודת הזהות שלו.
 - 2.1.1. מוקד השירות יפנה את המנוי למטפל לאחר שיוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על פי כתב שירות זה.
 - 2.1.2. פגישות הייעוץ האישיות תערכנה עם אחד המטפלים אשר ביקורופא התקשרה עימו בהסכם. מובהר, כי המטפל שנתן את הייעוץ הראשוני למנוי, לא יבצע בהכרח את פגישות הייעוץ האישיות עם המנוי, ואולם הוא יהיה זה שימסור למנוי, את שם המטפל שיבצע את פגישות הייעוץ (להלן - "המטפל") ואת מספר הטלפון שלו, בין במסגרת שיחת הייעוץ הטלפונית ובין במועד מאוחר יותר.
 - 2.1.3. על המנוי, לפנות טלפונית בעצמו, אל המטפל בפועל על מנת לתאם עמו מועד לפגישת הייעוץ האישיות הראשונה והפגישות שתבואנה אחריה.
 - 2.1.4. פגישות הייעוץ האישיות תערכנה במועד שיתואם ישירות בין המנוי לבין המטפל בפועל כאמור לעיל.
 - פגישת הייעוץ האישיות הראשונה תיערך בתוך שבוע ימים ממועד הפנייה של המנוי אל המטפל.
 - במקרים דחופים, על פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך שני ימי עבודה ממועד הפנייה של המנוי למטפל בפועל, אלא אם המנוי יבקש שתיערך במועד מאוחר יותר.
 - 2.1.5. פגישות הייעוץ האישיות יערכו בימי עבודה ובשעות העבודה המקובלות אצל המטפל.
 - 2.1.6. פגישות הייעוץ האישיות, יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה במועד פגישת הייעוץ הראשונה.
 - 2.1.7. פגישות הייעוץ האישיות תערכנה במשרדו של המטפל, כאשר המנוי הנזקק לשירות יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל המטפל. **מובהר בזאת כי השרות אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המנוי.**
 - 2.1.8. עם תום פגישת הייעוץ יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי המטפל בפועל קיים את פגישת הייעוץ האישית.
 - 2.1.9. המנוי יודיע למוקד השרות על כל שינוי בכתובתו ובמספר הטלפון של ביתו.
 - 2.1.10. במקרה שהמנוי יבקש לבטל פגישת ייעוץ כלשהי, יודיע על כך ישירות למטפל בפועל לפחות יום עבודה אחד מראש. למען הסר ספק מובהר, כי במקרה

שהמנוי לא יודיע על ביטול פגישת הייעוץ לפחות יום עבודה אחד מראש, יחויב המנוי בדמי טיפול עבור אותה פגישת ייעוץ.

3. הגבלות וחריגים

- 3.1. המנוי יהיה זכאי לכל היותר ל-15 פגישות ייעוץ לכל שנת ביטוח.
- 3.2. למטפלים, לפי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקק לטיפול אחר שלא לטפל בפנייה של המנוי ולהפנותו לשירותי חירום ציבוריים.
- 3.3. השירות על פי כתב שירות זה לא יינתן במקרה שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של מרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.
- 3.4. שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על פי כתב שירות זה לא יינתנו במקרים שעל פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל הינם מקרים של אוטיזם, פיגור שכלי,
- 3.5. למנוי הזכות לבקש להחליף את המטפל, ובמקרה זה ביקורופא תעשה כמיטב יכולתה על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר עימו התקשרה ביקורופא בהסכם, ובלבד שהחלפת המטפל לא תסתור את שיקול הדעת המקצועי של המטפל המקורי בפועל.
- 3.6. למטפל שיקול הדעת המקצועי המלא והבלעדי להפנות את המבוטח למטפל אחר במערך של ביקורופא.
- 3.7. השירות על פי כתב שירות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

4. אחריות

- 4.1. מחיובותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפולו בקריאה של מנוי לקבלת השרות תסתיים בהתרחש אחד משני האירועים המפורטים להלן, המוקדם מבין שניהם:
 - 4.1.1. הפניית קריאתו של המנוי לייעוץ טלפוני או הפניית המנוי למטפל לצורך פגישת ייעוץ, לפי העניין.
 - 4.1.2. ביטול הקריאה לקבלת הייעוץ הטלפוני על ידי הודעת המנוי למוקד השרות.

5. כללי

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

6. השתתפות עצמית

- 6.1. שירותי המידע יינתנו ללא כל תשלום של דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי לביקורופא.
- 6.2. ייעוץ וסיוע פסיכולוגי יינתן כנגד תשלום השתתפות עצמית בסך של 80 ש"ח לפגישה הראשונה ובתשלום וסך של 100 ש"ח לכל אחת מ-14 הפגישות הנוספות. המנוי ישלם שירות למטפל, את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל.
- 6.3. הסכומים האמורים כוללים מע"מ
- 6.4. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, תהא ביקורופא רשאית להפסיק ליתן את השירותים למשפחה המנויה לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

7. תקופת תוקפו של כתב השירות:

- תוקפו של כתב שירות זה כל עוד פוליסה זו בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבוטחיה או במקרה בו הוסכם ע"י החברה ובעל הפוליסה על ביטול כתב השירות במהלך תקופת הביטוח או בסיימה.
- אולם, מבוטח אשר החל בקבלת שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי ימצא את זכותו עד לסיום אותה סדרת מפגשים לאותה שנת ביטוח בלבד.

פרק 8: כתב שירות - "אבחון מהיר"

1. הגדרות

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

- 1.1 **ספק השירות** - אנשי הצוות הרפואי, המעבדות, המכונים, האמצעים הטכנולוגיים ועובדי הגוף עימם התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.
- 1.2 **המבטח או חברת הביטוח** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.3 **מנוי** - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה, אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
- 1.4 **ילד** - ילד עד גיל 21 אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי/ה.
- 1.5 **תוכנית הביטוח** - תוכנית ביטוח של המבטח, אליה נלווה כתב שירות זה, כל עוד כתב השירות בתוקף (כמפורט בסעיף 7 להלן).
- 1.6 **דף פרטי הביטוח** - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
- 1.7 **רופא** - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.
- 1.8 **רופא מומחה** - רופא 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.
- 1.9 **רופא ממיין** - רופא מומחה עמו התקשר ספק השירות בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
- 1.10 **מוקד השירות** - שירות טלפוני הפעיל בכל ימות השנה (למעט בשבת, ערבי שבת וחג), עד השעה 19:00, שיפעיל הספק עבור המנויים לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה.

מספר הטלפון של מוקד השירות של ספק השירות עבור מנויי הראל הוא: 159-9-50-30-60

- 1.11 **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - בדיקות המבוצעות אצל ספק השירות למנוי במסגרת תהליך אבחון המבוצע מכוח כתב שירות זה, כגון בדיקות פיזיולוגיות, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמייה למעט הבדיקות המוחרגות בסעיף 3 להלן.
- 1.12 **תהליך אבחון (Diagnosis)** - תהליך רפואי שעובר מנוי כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה, על פי סימנים ותסמינים, באמצעות רופא מומחה ובדיקות רפואיות אבחנתיות.
- 1.13 **אשפוז**: שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, לפחות 24 שעות ברציפות, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז, למעט מחלקות שיקום.
- 1.14 **תקופת אכשרה** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי ממועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי המנוי, ומסתיימת בתום 60 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 שירות בלתי רצופות. **הספק לא ייספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה.**

1.15. **השתתפות עצמית** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו על מנת לקבל שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק לפי קביעת הספק ובשום מקרה ואופן לא באמצעות החברה.

1.16. **מדד הבסיס** - כמפורט בפוליסה.

1.17. **חג** - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

2. שירות אבחון

2.1. השירות

2.1.1. המנוי יהא זכאי לתהליך אבחון כמפורט להלן:

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

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

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

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

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

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

2.1.1.5. **תהליך אבחון בסיסי**

במסגרת תהליך האבחון יהא המנוי זכאי לפגישה ראשונית עם רופא ממין אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון. בדיקות אלו

ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות בסמוך למועד הפגישה הראשונית כאמור לעיל. בסיום הבדיקות ימסור הרופא הממין דו"ח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון. כאמור בסעיף 2.1.1.1 לעיל, על המנוי לשלם בגין תהליך האבחון המתואר בסעיף זה לעיל השתתפות עצמית בסך 180 ₪.

2.1.1.6 תהליך אבחון מקיף

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

2.1.1.7 אבחון גניקולוגי

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

לתהליך אבחון גניקולוגי על פי סעיף 2.1.1.6 לעיל: סך של 300 ₪. לתהליך אבחון גניקולוגי על פי סעיף 2.1.1.7 לעיל: סך של 700 ₪ במצטבר. (יובהר כי במקרה זה לא תיגבה השתתפות עצמית נוספת וסך זה הנו כולל גם את השירות כאמור בסעיף 2.1.1.6 לעיל).

2.1.1.8 בדיקות עבור ילד מנוי עד גיל 14

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

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

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

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

במקרה של ביצוע בדיקה במסגרת תהליך האבחון או ניתוח אצל ספק השירות, אשר בעקבותיהם נזקק המנוי לאשפוז, יהיה זכאי המנוי למימון הוצאות האשפוז בחדר פרטי בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מההוצאה בפועל ולא יותר מסך השתתפות עצמית של 200 ש"ח ליום.

2.1.1.12. ספק השירות יפעל להשלים את תהליך האבחון וגיבוש המסקנות תוך מספר הימים הקטן ביותר, בכפוף לאילוצים רפואיים. בכל מקרה לא תעלה התקופה על **3 ימי עבודה** ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת.

2.2. ספק השירות מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף 2.1 לעיל.

3. חריגים

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

4. כללי

- 4.1. הזכות לקבלת השירות על-פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר. קבלת השירות מותנית בהצגת תעודה מזהה לשביעות רצון ספק השירות.
- 4.2. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות.
- 4.3. בכל ענין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות.

- 4.4. המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו, במספר הטלפון של ביתו.
- 4.5. בשבת, בערבי שבת וחג וכל יום לאחר השעה 19:00 לא תתקיים פעילות שירות אבחון.
- 4.6. במקרה שפעילות ספק השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע כתוצאה מפעולות מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, פעולות טרור, איתני הטבע, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת ספק השירות, יהיו תנאי כתב השירות או כל חלק מהם שספק השירות לא יהא מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של הפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני ספק השירות יפגע, יושהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך אותה תקופה.
- 4.7. יובהר כי המבטח לא יהא אחראי על הוצאות שהוציא המנוי, החורגות מהשירות המפורט בכתב שירות.

5. השתתפות עצמית והפרמיה

- 5.1. המנוי ישלם השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 2 לעיל, עבור כל תהליך אבחון. התשלום יכלול למנוי את הזכאות למפורט להלן:
- 5.1.1. מפגש ראשוני עם רופא ממיין.
- 5.1.2. כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות לשם אבחון מצבו הרפואי של המנוי, על פי סוג האבחון המפורט לעיל (בסיסי ומקיף) כפי שיקבעו על ידי רופא ממיין במהלך המפגש הראשוני, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי.
- 5.1.3. דו"ח אבחון ושיחת סיכום עם רופא ממיין.
- 5.2. הסכומים האמורים - הפרמיה (לרבות סכומי ההשתתפות העצמית) כוללים מע"מ בשיעור של 17%. היה ויחול שינוי בשיעור המע"מ, ישתנו סכומים אלה בהתאם.
- 5.3. במקרה שהמבוטח מבוטח בנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים בחברה הכוללת כיסוי לקבלת חוות דעת רפואית, יהיה רשאי המבוטח לקבל החזר בגין ההשתתפות העצמית על פי כתב שירות זה, על פי התנאים הנקובים בנספח האמור.
- 5.4. במקרה שהמנוי קיבל התחייבות מקופת החולים בה הוא חבר, למימון בדיקות הדרושות לתהליך האבחון כמפורט בסעיף 2.1.1.7 לעיל, תופחת ההשתתפות העצמית בהתאם, אך בכל מקרה ישלם המנוי השתתפות עצמית שלא תפחת מ-180 ₪.
- 5.5. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא ספק השירות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

6. תקופת תוקפו של כתב השירות

- 6.1. 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 הדיון. 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 לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור המפקח על ביטוח. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 90 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.
- 6.2. מובהר כי המנוי זכאי לבטל את הכתב השירות בכל עת. הביטול יהיה בתוקף ממועד קבלת הודעת המבוטח בחברה. ככל ששולמו על-ידי המבוטח פרמיה בגין כתב השירות

- בגין התקופה שלאחר הביטול, יוחזר למנוי החלק היחסי של התשלום ששילם בגין התקופה שלאחר ביטול כתב השירות.
- 6.3. כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח, אשר כתב השירות מצורף אליה, או שזו תבוטל, ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה.
- 6.4. הפרמיה וההשתתפות העצמית בגין כתב שירות זה יהיו צמודים למדד הבסיס ועודכנו אחת לחודש.
- 6.5. מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על-פי כתב שירות זה. במקרה שהמנוי התחיל בתהליך אבחון נשוא כתב השירות לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את התהליך יושלם התהליך עד סופו.

פרק 9: כתב שירות - "רופא מלווה אישי"

השירות

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

א. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה ביצדם:

1. "החברה" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
2. "מנוי" - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
3. "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
4. "דמי מנוי" - הסכום בגין כתב שירות זה שעל המנוי לשלם לחברה, על פי תנאי כתב שירות זה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
5. "ילד" - ילד/ה עד גיל 21 אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי.
6. "הספק" - הגוף עימו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה, אשר פרטיו מפורטים בדף פרטי הביטוח.
7. "רופא" - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.
8. "רופא מומחה" - רופא 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.
9. "ממין ראשי" - אחראי על אישור זכאות המנוי לשירות, על פי מצבים רפואיים כמפורט בכתב השירות.
10. "מנהל רפואי אישי" - רופא בעל תואר מומחה ברפואה פנימית עמו התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
11. "אחות" - אחות שהוסמכה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
12. "עובד/ת סוציאלי/ת" - עו"ס שהוסמך/ה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן שירותים המפורטים בכתב שירות זה.
13. "מתאם/ת שירות" - אדם שעבר הכשרה מתאימה לתפקיד מתאם/ת שירות. מתאם/ת השירות מקיים/ת את התקשורת השוטפת עם המנוי בכל הקשור לשירות כמפורט בכתב שירות זה.
14. "מצב רפואי" - מערכת נסיבות רפואיות הקיימת בגוף המנוי, עקב מחלה או תאונה.

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

ב. היקף השירותים:

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

השירות כולל:

1. מינוי רופא מומחה אשר ישמש כמנהל רפואי אישי. המנהל הרפואי האישי יפעיל צוות פרא-רפואי הכולל אחות ועובדת סוציאלית על פי שיקול דעתו.
2. ריכוז וסקירת התיק הרפואי (Intake) כולל הערכה ראשונה של המקרה הרפואי על ידי המנהל הרפואי האישי.
3. פגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי. פגישות אישיות נוספות ייקבעו בהתאם לצורך רפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות לא יעלה על 4 פגישות אלא אם קיים צורך רפואי מהותי אשר מצדיק פגישות נוספות.

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

ג. אופן קבלת השירותים:

1. יובהר כי התנאים לקבלת השירותים הנם כי ברשות המנוי פוליסת בריאות תקפה של החברה, תמה תקופת האכשרה בכתב השירות, המנוי לא קיבל שירות בשנת הביטוח בה הוא מבקש את השירות, הספק אישר שהמקרה הרפואי נכלל בכתב שירות זה ובוצע תשלום דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי.

2. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות למוקד השירות של הספק.
3. נזקק מנוי לשירות על פי כתב שירות זה, יפנה, הוא או נציגו, טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו או ימסור את שם המנוי, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו ופרטים נוספים ככל שיתבקש.

בהתאם להנחיית נציג השירות יעביר המנוי את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה הרפואי וככל שיש כאלה כמפורט להלן: סיכומי אשפוזים, תוצאות ופיענוחים של בדיקות, סיכומי מחלה, יעוצים רפואיים, טיפולים, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמייה, תשובות פתולוגיות ו/או כל מסמך רפואי אחר. **קבלת מסמכים אלו הנה תנאי מוקדם למתן השירות כמפורט בכתב שירות זה.** כמו כן, רשאי המנהל הרפואי האישי לבקש מהמנוי מעת לעת העתקי מסמכים רפואיים נוספים.

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

ד. זכאות לקבלת השירותים

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

1. מקרה רפואי ללא אבחנה:

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

וידא שהמנוי ביצע את כל הבדיקות שהיה צריך לבצע בנסיבות המצב הרפואי, לא יטופלו במסגרת כתב שירות זה.

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

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

המנוי יהיה זכאי לקבל שירות אם מצבו הרפואי עונה על המצבים הרפואיים שלהלן ועל פי התנאים המוקדמים המצוינים לצד אותה מחלה, אם צוינו:

2.1. **סרטן (Cancer)-**

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

2.1.2. **מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:**

א. **מחלות עור מסוג: Hyperkeratosis, Basal Cell Carcinoma, למעט BCC חוזר או התפשט לאיברים אחרים.**

ב. **מחלות סרטניות בנוכחות מחלת AIDS.**

2.2. **מחלות כבד חריפות או כרוניות-**

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

2.2.2. **מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:**

א. **מחלת כבד כתוצאה מאלכוהוליזם**

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

2.3. **מחלות כליות-**

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

2.4. **מחלות גסטרו-אנטרולוגיות כרוניות-**

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

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

2.5

מחלות לב ומחלות ווסקולאריות כרוניות-

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

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

2.6

מחלות נירולוגיות ופרוצדורות פולשניות של מערכת העצבים המרכזית וההיקפית-

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

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

הפרוצדורות הפולשניות בהגדרה זו כוללות:

- א. ניתוחי עמוד שדרה כולל טיפול בגידולים של חוט השדרה, פריצות דיסק בעמוד השדרה, ייצוב עמוד שדרה וטיפול בהצרויות בעמוד שדרה.
- ב. רדיוכירורגיה: טיפול בגידולי מוח תוך קרינה ממוקדת.
- ג. ניתוחי היפופיזה.
- ד. ניתוחי מוח שפירים וניתוחי בסיס הגולגולת.
- ה. טיפולים במומי כלי דם ומפרצות מוחיות, טיפולים כירורגיים, טיפולים אנדווסקולאריים, צנתורי מוח.
- ו. ניתוחי אפילפסיה.
- ז. נירוכירורגיה אנדוסקופיה.
- ח. ניתוחים לטיפול בפגיעות ראש ועמוד שדרה.

2.7

מחלות אורטופדיות-

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

2.7.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

- א. מחלות אורטופדיות שהמנוי נמצא בטיפול באשפוז בגינת פחות מ-21 יום, במועד הפנייה לשירות
- ב. מצבים רפואיים בתחום האורתופדיה אשר הינם פועל יוצא מחבלה או טראומה וטרם עברו בעת הפניה לשירות לפחות 90 יום מהחבלה ו/או הטראומה.

- 2.8. **ניתוחים כירורגיים (פולשניים) חוזרים עקב אי הצלחה בניתוח ראשון-**
 פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) חוזרת, עקב כישלון מלא או חלקי של הפעולה הראשונה, החוזרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון של פגם או עיוות אצל המנוי.
- 2.9. **מחלות דם (מחלות המטולוגיות)-**
 קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על רמות ומרכיבי הדם השונים (התאי וההומורלי) וגורמים לפגיעה בצורות שונות. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת דם בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.
- 2.10. **מחלות ראומטולוגיות-**
 קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת הפרקים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (פרק, מפרק או תפקוד). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה ראומטולוגית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.
- 2.11. **מחלות מטבוליות-**
 קבוצה של מצבי תחלואה שונים, תורשתיים וכרוניים, הנובעים מפגיעה בגן הבודד או במספר גנים קטן (Inborn Error of Metabolism) והגורמים לפגיעה ביכולת האנרגטית, או ביכולת הבניה ו/או הפירוק של אבני הבניין של התא, או פגיעה מיטוכונדראלית.
- 2.12. **מחלות אנדוקריניות-**
 2.12.1. קבוצת מצבי תחלואה שונים המערבים איברים ובלוטות אשר אחראיים על ייצור, אגירה והפרשה של הורמונים המסייעים בשימור ושליטה על תפקודים חיוניים. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה אנדוקרינית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.
- 2.12.2. **מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:**
 א. סוכרת.
 ב. קומה נמוכה.
 ג. מחלות אנדוקריניות המשפיעות על הפוריות בלבד.
- 2.13. **מחלות ופרוצדורות פולשניות באף, אוזן וגרון (א.א.ג.)-**
 2.13.1. קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים וגורמים לפגיעה ברמות השונות של חלל האף והסינוסים, האוזניים, הפה, הלוע והגרון, אזורי ראש צוואר ובסיס הגולגולת.
 ניתוחים ופרוצדורות להסרת גידולים שפירים וממאירים באזורי בסיס הגולגולת, הראש, הצוואר וקנה הנשימה, ניתוחים שחוזרים שאינם למטרות יופי ואסתטיקה, ניתוחי אוזניים, ניתוחי שחזור שמיעה, ניתוחים אנדוסקופים של האף ומערות הפנים, ניתוחים אנדוסקופים של הושט העליון, ניתוחי מיתרי קול ושחזור הדיבור.

- 2.13.2. **מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:**
 א. ניתוחי כפתורים באוזניים
 ב. ניתוחי נחירות
 ג. ניתוחים למטרות יופי ואסתטיקה
- 2.14. **מחלות עור-**
 2.14.1. קבוצה של מצבי תחלואה הפוגעים בעור. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת עור בעלת אופי כרוני בלבד. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.
 כמו כן, על תהליך הבירור, הייעוץ והטיפול הרפואי להתחיל לפחות 9 חודשים לפני הפנייה לשירות.
- 2.14.2. **מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:**
 א. אקנה.
 ב. פטרת עורית (חיצונית).
 ג. נשירת שיער.
 ד. מחלות מין.
- 2.15. **מחלות בתחום הגניקולוגיה והמיילדות-**
 2.15.1. קבוצת מצבי תחלואה בתחום בריאות האישה המערבות את מערכת המין הנשית. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מקרה של מחלה גניקולוגית בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית. על תהליך הבירור והייעוץ הרפואי להתחיל לפחות 6 חודשים לפני הפנייה לשירות.
- 2.15.2. **מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:**
בעיות פוריות ועקרות של הגבר והאישה למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.
- 2.16. **מחלות אימונולוגיות-**
 קבוצה של מצבים ומחלות כרוניות הפוגעות במערכת החיסון שעיקרן חסרים אימוניים (נרכשים או מולדים) ומחלות אוטו-אימוניות.
- 2.17. **מחלות ריאה-**
 קבוצה של מצבי תחלואה שונים הגורמים לפגיעה בריאה בצורות שונות ומשפיעים על תפקודי הריאה השונים (נפחים, זרימות ואחרים). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלת ריאה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.
- 2.18. **מחלות זיהומיות-**
 קבוצה של מצבי תחלואה שונים הנגרמים על ידי גורמי מחלה (פתוגנים) שונים (וירוסים, חיידקים, טפילים ואחרים) בעלי מהלך ממושך של 21 יום לפחות (מתחילת הבירור של המחלה). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלה זיהומית בעלת אופי חריף או כרוני. מקרה רפואי יכלול מחלה זיהומית בעלת מהלך של 21 יום לפחות ו/או סיבוך של מחלה זיהומית קיימת/קודמת.

- 2.19. **מחלות עיניים-**
 קבוצה של מצבי תחלואה שונים המצריכים פרוצדורות ניתוחיות חוזרות הגורמים לפגיעה במרכזי העין השונים (כגון רשתית) ומשפיעים על תפקודי הראייה השונים (למשל, חדות ושידות ראייה). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלות עיניים בעלות אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפניה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.
- 2.20. **מחלות יתומות-**
 מחלות נדירות, המשפיעות על אחוז קטן מאוד מהאוכלוסייה ואשר אושרו על ידי ארגון הריאות העולמי כמחלות יתומות (Orphan Diseases).
- 2.21. **תחלואה משולבת-**
 תחלואה הנובעת משילוב של מספר מחלות אשר הטיפול בהן דורש גישה רב-תחומית (מולטי דיסציפלינרית) עם תיאום בין לפחות שני רופאים מומחים בתחומי התמחות שונים.
- 2.22. **מחלות ופרוצדורות בתחום רפואת הילדים-**
- 2.22.1. בנוסף לכל האמור לעיל בקטגוריות הרפואיות השונות, בתחום של רפואת ילדים מקרה רפואי יכול לכלול בנוסף את המצבים הרפואיים הבאים:
- א. ניתוחים אלקטיביים. ניתוח אלקטיבי משמעותו שהצורך בו צפוי, ואשר קבלתו של המנוי לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח לא נעשה באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא בהפניה על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).
 - ב. מחלות כרוניות בילדים.
 - ג. מחלות על רקע גנטי.
 - ד. מומים מולדים.
 - ה. מחלות/אבחנות פסיכיאטריות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי בירור וטיפול וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.
 - ו. הפרעות התפתחות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי בירור וטיפול במכון להתפתחות הילד וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.
 - ז. בעיה רפואית במסגרת אשפוז של למעלה מ-21 ימים רציפים לכל מקרה רפואי.
 - ח. בעיה רפואית הנובעת מסיבוך של ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אשפוז.
 - ט. אטופיק דרמטיטיס בדרגה בינונית ומעלה
- 2.22.2. **מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:**
- א. מחלות ריאה ילדים;
 - ב. אסטמה, אלא אם מדובר במהלך מחלה לאחר ייעוץ על ידי שני רופאים מומחים למחלות ריאה לילדים, ללא איזון המחלה.

- ג. מחלות גסטרואנטרולוגיות ילדים: מחלת כשל בשגשוג הילד (failure to thrive), הפרעות אכילה (דוגמת בולמיה, אנורקסיה).
- ד. הפרעות קשב וריכוז.
- ה. ניתוח כפתורים באוזניים
- ו. ניתוחי בקע - Hernia
- ז. כל המקרים הרפואיים בפגים במהלך אשפוז ו/או במהלך 6 החודשים הראשונים לחייהם, הארוך מבין השניים.
- 2.23. מקרה רפואי באשפוז של יותר מ-21 ימים רציפים-
- 2.23.1. מצבים רפואיים במסגרת אשפוז של 21 ימים רציפים לפחות בהם אין אבחנה ברורה ו/או קיימת מחלוקת בשיטת הטיפול (שמרני/ ניתוחי או אחר).
- 2.23.2. מקרה רפואי אינו כולל כל אחד מאלה:
מצבים רפואיים אשר בעת הפנייה לשירות המנוי הינו מאושפז במצב סיעודי ו/או סופני.
- 2.24. בעיה רפואית הנובעת מסיבוך של ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אשפוז.
- 2.25. חריגים כלליים:
הספק לא יהיה חייב במתן שירות על פי כתב שירות זה במצבים הרפואיים הבאים:
- 2.25.1. השתלת איברים בישראל או בחו"ל.
- 2.25.2. מצבים רפואיים ו/או פרוצדורות הקשורות בפוריות ו/או עקרות למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.
- 2.25.3. מחלות פסיכיאטריות במבוגרים ו/או מחלות נפש.
- 2.25.4. מצבים הקשורים באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה השמנת יתר, למעט ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד.
- 2.25.5. מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים ופה ולסת.
- 2.25.6. טיפול תרופתי מניעתי של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (Aids).
- 2.25.7. מחלת פיברומיאליגיה.
- 2.25.8. מחלת נירופתיות.
- 2.25.9. תסמונת עייפות כרונית.
- 2.25.10. עיוורון מוחלט ובלתי הפיך.
- 2.25.11. שבץ מוחי (cva).
- 2.25.12. ורידים ודליות ברגליים.
- 2.25.13. כוויות קשות כשהמנוי נמצא באשפוז במסגרת מוסד רפואי.
- 2.25.14. אלרגיות.
- 2.25.15. חולים הנמצאים במהלך אשפוז של פחות מ-21 ימים רציפים.
- 2.25.16. כל מחלה שאינה מפורטת ברשימת המחלות שפורטו בסעיף ד' לעיל.

ה. הגבלה

החברה לא תהיה אחראית בגין הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.

1. תוקפו של כתב השירות

1. 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 לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא 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. מובהר כי המנוי זכאי לבטל את הכתב השירות בכל עת. הביטול יהיה בתוקף ממועד קבלת הודעת המבוטח בחברה. ככל ששולמה על-ידי המבוטח פרמיה בגין כתב השירות בגין התקופה שלאחר הביטול, יוחזר למנוי החלק היחסי של התשלום ששילם בגין התקופה שלאחר ביטול כתב השירות.
3. 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:
 - 3.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא.
 - 3.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד, בהתאם לחוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
4. במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר למתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מחויב הספק להשלים מתן שירותים נשוא כתב שירות זה, למנויים אשר נמצאים במהלך תקופת השירות ולא יותר משלושה חודשי שירות כולל תקופת ההודעה מראש למנויים על הפסקת השירות.
5. מובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים נשואי כתב שירות זה. מנוי שהתחיל בקבלת שירות נשואי כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלימם, תפקע זכותו לאחר סיום השלמת השרות.

2. הצמדה למדד - כמפורט בפוליסה.

ח. שונות

1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה יוחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
2. הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטחת, ייחשבו כהודעות שנמסרו למנויים.
3. המנוי והחברה מתחייבים להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם. רופא מלווה אישי מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למנוי המתמודד עם מצב רפואי או מחלה על פי המוגדר להלן יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו אותו ואת בני משפחתו בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות משלב האבחנה ובמשך הטיפול הרפואי וההחלמה למשך 3 חודשים וכל זאת בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות להלן.

פרק 10: כתב שירות - "רפואה אישית און ליין" ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו ומרפאות לרפואה ראשונית

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

1. השירות

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

2. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה ביצדם:

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

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

3. פירוט השירותים

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

- 3.1. **ייעוץ רפואי מקוון לרפואה ראשונית עם רופא מומחה בתחומי רפואת משפחה וילדים**
- 3.1.1. המנוי יהיה זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא מייעץ ברפואה ראשונית. מובהר במפורש כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותים מקוונים בלבד, באמצעות שיחת וידיאו, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם ינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של הרופא המייעץ ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של הרופא לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שירות מקוון וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים. למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא יימנע הייעוץ המקוון עם נותן השירות, והיה ולפי שיקול דעת הרופא לא ניתן ליתן את השירות ללא בדיקה פיזית של המבוטח, יודיע זאת לפונה הרופא עצמו.
- 3.1.2. מספר הייעוצים הרפואיים המקוונים אותם רשאי המנוי לממש במהלך תקופת השירות הנו ללא הגבלה.
- 3.1.3. היעוצים הרפואיים המקוונים הינם ללא השתתפות עצמית.

3.1.4. השירות על פי סעיף זה יינתן במועדים הבאים בימים א' -ה' מהשעה 18:00 ועד השעה 06:00, ובימי ו' מהשעה 14:00 עד יום א' בשעה 06:00. למעט יום כיפור בין השעות 14:00 בערב כיפור ועד שעתיים לאחר שעת סיום צום יום הכיפורים.

3.1.5. הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיף זה יתקיים עד 30 דקות מרגע קבלת הפנייה קרי - אישור בקשת השירות באתר האינטרנט של הספק או במוקד השירות, ובלבד שהפנייה תתקבל במסגרת שעות הפעילות המפורטות כנקוב בסעיף 3.1.4 לעיל.

3.1.6. הרופא המייעץ ייתן למנוי מידע והכוונה רפואית, ככל שיידרשו לפי שיקול דעתו הבלעדי, ובין היתר, יבצע (במידת הצורך) את הפעולות הבאות:

3.1.6.1. מסירת אמנה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי או מהורי הילד המנוי.

3.1.6.2. מתן מרשם רפואי לרכישת תרופות ראשוניות בהתאם לשיקול דעתו המקצועי. המרשם יימסר באמצעות דוא"ל או פקס או באמצעי אלקטרוני אחר אשר זמין באופן סביר לרשות הרופא. המרשם יהיה חתום דיגיטלית לרכישה ברשתות ה"סופר פארם".

3.1.6.3. מתן הפנייה לחדר מיון באמצעות דוא"ל או פקס.

3.1.6.4. מתן המלצה להפניית המנוי להמשך טיפול לפי שיקול דעתו המקצועי והמלצותיו של הרופא המייעץ.

3.1.6.5. משלוח סיכום ייעוץ למנוי באמצעות דוא"ל או פקס.

3.1.6.6. השירות אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי.

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

3.2.1. המנוי יהיה זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא מומחה תוך 24 שעות ממועד קבלת אישור בקשת השירות, מרשימת נותני השירות הקיימת באתר האינטרנט של הספק. מובהר כי רשימת הרופאים המומחים בכל תחום בגין סעיף זה, תכלול רופאים בעלי ניסיון של 5 שנים ומעלה מתום ההתמחות שלהם.

3.2.2. השירות יינתן במקרים המאפשרים על פי נסיבותיהם מתן ייעוץ רפואי מקוון, על-פי שיקול דעתו של הרופא המומחה, בתחומי הרפואה הבאים:

א.א.ג. (אף אוזן גרון), אונקולוגיה, אורולוגיה, אלרגיה, אורטופדיה, אנדוקרינולוגיה, המטולוגיה, גניקולוגיה, גסטרו ילדים, כירורגית ילדים, כירורגיה, קרדיולוגיה, נירולוגיה. כאב, נפרולוגיה ויתר לחץ דם, עור.

3.2.3. הרופא המומחה יהיה רשאי על פי שיקול דעתו, להודיע למנוי כי הנסיבות אינן מאפשרות מתן ייעוץ רפואי מקוון. האמור בסעיף 3.1.1 לעיל, לעניין שיקול דעתו של הרופא יחול גם לעניין ייעוץ רפואי מקוון על ידי רופא מומחה בסעיף זה.

3.2.4. בסיום הייעוץ, יקבל המנוי חוות דעת רפואית של הרופא המומחה, הכוללת סיכום ייעוץ והמלצות להמשך טיפול. במידת הצורך תכלול חוות הדעת את אחד מהבאים: מרשם לצורך רכישת תרופה, הפנייה לבית חולים או למרפאה לרפואה ראשונית.

3.2.5. המנוי יעביר את המסמכים הרפואיים הרלוונטיים (צילומים, בדיקות וכו') עד שעה לפני הייעוץ הרפואי עם המומחה. ניתן להעביר את המסמכים באמצעות אתר האינטרנט של הספק, בפקס או באמצעי אלקטרוני אחר אשר זמין באופן סביר לרשות הרופא המומחה. יובהר כי העברת המסמכים הנה כלי עזר מהותי לאפקטיביות של הייעוץ הרפואי המקוון.

- 3.2.6. מנוי שיהיה מעוניין, יהיה רשאי לקבלת שירות איסוף מידע לקראת ייעוץ רפואי מקוון ממומחים, בהשתתפות עצמית של 90 ש. במקרה זה יתואם מועד חדש לייעוץ עם רופא מומחה. **איסוף המידע יתבצע בתאום מראש עם מוקד השירות במקומות שמהם ניתן לבצע איסוף.**
- 3.2.7. **עבור כל ייעוץ רפואי מקוון על פי סעיף זה, ישלם המנוי במישרין לספק, השתתפות עצמית בסך 100 ש.**

3.3. המשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית

- 3.3.1. מנוי אשר קיבל ייעוץ רפואי מקוון לרפואה ראשונית כאמור בסעיף 3.1 לעיל או אשר ביצע ייעוץ רפואי מקוון ממומחים כאמור בסעיף 3.2 לעיל יהיה רשאי לקבל המשך טיפול ראשוני במרפאות לרפואה ראשונית מטעם הספק במהלך 24 השעות העוקבות לייעוץ הרפואי המקוון, ובתנאי שהרופא המייעץ ו/או הרופא המומחה, לפי העניין, קבע כי על המנוי לפנות למרפאה לרפואה ראשונית להמשך טיפול או ביצוע בדיקות נוספות. השירות במרפאות לרפואה ראשונית יינתן בתנאים הבאים:

- 3.3.1.1. השירות יינתן במרפאות לרפואה ראשונית מטעם הספק בלבד אשר ייועדו לשירות זה ובשעות הפעילות של המרפאה. **מובהר, כי לא ינתן החזר כספי בגין טיפולי המשך שניתנו במרפאות שאינן מרפאות של הספק, מכל סיבה שהיא.**
- 3.3.1.2. מנוי שהגיע למרפאה לרפואה ראשונית, בהתאם להוראות סעיף 3.3.1 לעיל, יתקבל במרפאה ללא צורך בתהליך רישום.
- 3.3.1.3. ישורין תור למנוי על ידי הספק, בטרם הגיעו למרפאה.
- 3.3.1.4. המנוי יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הניתנים במסגרת המרפאה אליה הגיע, ללא השתתפות עצמית.
- 3.3.2. בתום הטיפול במרפאה הראשונית המנוי יקבל סיכום טיפול והפנייה לחדר מיון במידת הצורך.

- 3.4. השירותים על פי סעיפים 3.1-3.3 לעיל, יינתנו על ידי נותני שירות, כהגדרתו של מונח זה בהגדרות לעיל, ובתנאי שהמנוי פנה לאתר הספק או למוקד השירות בטרם קבלת השירות. המנוי אינו זכאי לשיפוי או כל תשלום אחר במידה וקיבל איה מהשירותים שלא באמצעות המוקד או אתר הספק ואו שלא מנותן השירות.

- 3.4.1. יובהר כי המידע הרפואי ו/או הייעוצים הרפואיים שיינתנו במסגרת כתב שירות זה, הינם שירותים הניתנים בהסתמך על המידע הנמסר על ידי המנוי ו/או הורי הילד המנוי ובהתבסס על מידע זה בלבד.
- 3.4.2. מובהר, כי בכל מקרה של בעיה דחופה, מצב חירום רפואי, או מצב מצוקה על המנוי לפנוי באופן מידי לקבלת טיפול רפואי אצל גורם אחר לרבות שירותי רפואה דחופה. כן מובהר שאין בייעוץ המקוון כדי להוות תחליף לבדיקה ו/או ייעוץ רפואי מלא על ידי צוות רפואי, בהתאם לצורך.

4. אופן קבלת השירותים

- 4.1. מנוי הזכאי לקבלת שירות על פי כתב שירות זה יפנה לאתר האינטרנט של הספק ויבצע רישום ראשוני הכולל מספר ת.ז, כתובת, טלפון ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שבגינו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש. לחילופין, רשאי המנוי לפנות למוקד השירות הטלפוני שיכוון אותו על אופן קבלת השירות.
- 4.2. מוקד השירות הטלפוני יהיה פעיל 24/7 ובכפוף לשעות מתן השירות המצויינות בסעיף 3.1.4 לעיל.

- 4.3. 5 דקות לפני הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל, יקבל המנוי התראה לגבי הייעוץ ב-SMS, באתר האינטרנט או במייל. בנוסף יקבל המנוי תזכורת על מועד הייעוץ על פי סעיף 3.2 לעיל, שעה לפני הייעוץ שנקבע.
- 4.4. במועד הייעוץ יתחבר המנוי לאתר האינטרנט של הספק, באמצעות אפליקציה או לינק במייל ויקבל את השירות.
- 4.5. המנוי רשאי לבטל את הזמנתו לקבלת השירות באמצעות בקשת ביטול באתר האינטרנט של הספק או להודיע על כך למוקד השירות לפני המועד המתוכנן של הייעוץ המקוון. למען הסר ספק, מובהר כי אם לא יודיע המנוי על הביטול לפני המועד המתוכנן כאמור, יחשב כאילו מימש את השירות שהוזמן לכל דבר ועניין, לרבות לעניין ההשתתפות העצמית לגבי שירות הכרוך בתשלום השתתפות עצמית כמפורט בכתב השירות לעיל.
- 4.6. הספק מתחייב כי השירות ינותן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף 3 לעיל.

5. הגבלות וסייגים

- 5.1. החברה ו/או הספק אינם אחראים בגין פגיעה ביכולת ליתן את השירותים או חלק משמעותי מהם, עקב מלחמה או גיוס כללי, מתקפת טרור, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.
- 5.2. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מתקפת טרור, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.
- 5.3. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, החברה ו/או הספק לא יהיו אחראים בגין כל נזק שייגרם עקב כשל בתקשורת הנובע מגורמים חיצוניים, וכן מטיב התקשורת בנקודת הקצה של המנוי.
- 5.4. יובהר כי העברת מידע רפואי על ידי המנוי לנותן השירות אינה מהווה קבלת של המידע הרפואי בידי החברה.
- 5.5. יובהר כי השירות לרפואת מומחים כמפורט בסעיף 3.2 לעיל, הנו לרשימת ההתמחויות המפורטת בסעיף זה בלבד.

6. הגבלות

החברה לא תהיה אחראית בגין הוצאות בכל אחד מהעניינים הבאים:

- 6.1. הוצאות שהוציא המנוי עבור שירות, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 6.2. הוצאות שהוציא המנוי עבור שירותים על ידי מבצע שירות אחר, שאינו מבצע שירות או נותן שירות שבהסכם, כהגדרתו לעיל.

7. תוקפו של כתב השירות

- 7.1. כתב השירות ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע. 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 לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא 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.

- 7.2 מובהר כי המנוי זכאי לבטל את כתב 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.
- 7.3 תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו במקרים הבאים:
- 7.3.1 במועד ביטול פוליסת הביטוח אליה צורף כתב שירות זה, כאמור בסעיף 7.2 לעיל.
- 7.3.2 אם דמי המנוי לא שולמו במועד - במועד בהתאם למפורט בסעיף 8 להלן.
- 7.3.3 במקרה של סיום ו/או הפסקה של ההסכם שבין החברה לספק, בהתאם לאמור בסעיף 7.1 לעיל.
- 7.4 להסרת כל ספק, יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת שירותים על פי כתב שירות זה. על אף האמור, מנוי שפנה לקבלת שירות בטרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, יהיה זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה.
- 7.5 בוטל כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תחדל החברה לגבות מהמנוי דמי מנוי בגין כתב שירות זה החל מהמועד בו בוטל כתב השירות.
- 7.6 בכל מקרה של ביטול כתב השירות, לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני ביטול כתב השירות.
- 7.7 החברה רשאית לערוך בכל עת שינויים בכתב שירות זה, ושינוי כאמור ייכנס לתוקף 30 יום לאחר מתן הודעה על כך בכתב למנוי. במקרה זה, יהיה המנוי רשאי להמשיך בכפוף לשינוי שיערך בכתב השירות או להודיע על רצונו להפסיק את המנוי על פי כתב השירות בהודעה בכתב לחברה.

8. הצמדה למדד - כמפורט בפוליסה

9. שונות

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

10. מקום השיפוט

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

1-800-44-5000
briuthf@harel-ins.co.il
שד' פל ים 2, ת"ד 332 חיפה 3100202



073-2726058

052-6252277, 1-599-503060



*6101

*6101



*5226

073-3353546
Refueli@rafael.co.il



אגף שירות הראל

רפואה משלימה "טרגט קר"

אבחון מהיר "אסותא"



יעוץ פסיכולוגי "ביקורופא"

**רפואה אישית
און ליין "ביקורופא"**

רופא מלווה אישי "מדיקס"

נציגי "רפואתי" ברפאל