

פרק מבוא

הגדרות ותנאים כלליים

1. הגדרות:

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח.

- 1.1. **החברה** או **"המבטח"** – הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. **"הפוליסה"** או **"הביטוח"** – חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3. **"תאריך תחילת הביטוח"** – 01.07.2025
- 1.4. **"תאריך הצטרפות"** – התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.5. **"הסכם הביטוח"** – חוזה הביטוח מיום 01.07.2025 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.6. **"שנת ביטוח"** – תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.7. **"בית חולים"** – מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד לבריאות הנפש.
- 1.8. **"בית חולים פרטי"** – אחת מההגדרות שלהלן:
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
בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות התירו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.9. **"מעבדה"** – מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל.
- 1.10. **"ישראל"** – מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.11. **"חו"ל"** – כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.12. **"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.
- 1.13. **"רופא מרדים"** – רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.14. **"נותן שירות בהסכם"** – בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, מנתח שהינו רופא מומחה (כהגדרתו לעיל) או רופא אשר הוסמך בחו"ל כמומחה מנתח וכל רופא או גוף אחר עמם קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיו צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.
- 1.15. **"מקרה הביטוח"** – מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה, על בסיס המלצה של רופא מטעם המבוטח מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.

- 1.16. **"יום אשפוז"** – שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.
- 1.17. **"יועץ מלווה"** - היועץ המלווה אשר ילווה את בעל הפוליסה והמבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה חברת פרש קונספט ניהול סיכונים בריאות בע"מ באמצעות רוני אשכנזי וד"ר אודי פרישמן.
- 1.18. **"גיל"** או **"גיל המבוטח"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו.
- 1.19. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.20. **"בעל הפוליסה"** – מי שהתקשר עם המבוטח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או חברות בנות. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת, והכל בכפוף לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.
- 1.21. **"המבוטח/ים"** – עובדים/גמלאים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
- 1.22. **"מבוטחים קיימים"** – עובדים/גמלאים ובני משפחותיהם שהיו מבוטחים בביטוח הקודם של בעל הפוליסה עד 30.06.2025.
- 1.23. **"מבוטח/ים חדשים"** – עובדים חדשים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם המצטרפים לראשונה לביטוח במועד תחילת ביטוח זה ו/או עובדים חדשים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם שלא היו מבוטחים במועד תחילת ביטוח זה, ו/או עובדים שחזרו מחל"ת ו/או חל"ד ובני משפחותיהם, בתנאי שבמועד תחילת ביטוח זה היו בחל"ת או חל"ד.
- 1.24. **"בני משפחה / בני משפחותיהם"** - בני/בנות זוגם של העובד/הגמלאי (כולל בני אותו המין), לרבות ידועה/ה בציבור וילדיהם (כולל ילדים בוגרים), לרבות ילדים מאומצים וילדים של בני זוג מנישואין קודמים, ובני/בנות זוגם של ילדי העובד/הגמלאי (חתנים/כלות) וילדיהם (הנכדים).
- 1.25. **"שב"ן"** – תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.26. **"חוק הביטוח"** – חוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981.
- 1.27. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.28. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** – הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.29. **"קופת חולים"** - **"תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות"**. המבוטח יסתמך בקביעת זכאות המבוטח לטיפול הרפואי על פי תנאי הפוליסה על קביעות רפואיות של קופת חולים.
- 1.30. **"וועדת הסיניקי"** -ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999).
- 1.31. **"תקופת אכשרה"** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. מודגש, כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה), דינו כמקרה ביטוח שארע ו/או התגלה לפני הצטרפות המבוטח לפוליסה, והחברה לא תהא אחראית לתשלום תגמולי ביטוח כלשהם בגינו על פי פוליסה זו.
- 1.32. **"דמי הביטוח" או "הפרמיה"** – הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לשלם למבוטח על פי תנאי הפוליסה.
- 1.33. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק.

- 1.34. **"המדד" – מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שייוחד לשירותי הבריאות.**
- 1.35. **"מדד הבסיס" – המדד הידוע במועד תחילת הפוליסה כהגדרתו בסעיף 1.3 לעיל, דהיינו המדד כפי שיפורסם ביום 15.06.2025.**
- 1.36. **"דף פרטי הביטוח" – דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.**
- 1.37. **"תקופת (ה)בדיקה" – תקופה של 30 חודשים ממועד תחילת פוליסה זו.**
- 1.38. **"השתתפות עצמית" – חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.**
- 1.39. **"סייג בשל מצב רפואי קודם" – חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.**
- 1.40. **"צירוף אוטומטי" – צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות רובד הביטוח הבסיסי באופן מלא.**
- 1.41. **"צירוף בהסכמה" – צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח).**
- 1.42. **"תאונה" – חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".**
- 1.43. **"גמלאי" – מי שהגיע לגיל הפרישה או גיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה:**
- 1.43.1. קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו;
 - 1.43.2. תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת;
- גיל הפרישה המוקדמת – כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה, התשס"ד – 2004.

2. **תקופת הסכם הביטוח:**

- 2.1. תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה מיום 01.07.2025 וסיומה ביום 30.06.2030 (להלן: **"תקופת ההסכם"** ו/או **"תקופת הביטוח"**).
- 2.2. בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח, ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.
- 2.3. במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, יאריך המבטח את תוקף הפוליסה, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, בתנאים זהים לתנאי הפוליסה בתקופת ההסכם.
- 2.4. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן) כאמור לעיל יחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן), אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 2.5. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

3. אופן הצטרפות

רובד בסיס – רובד הבסיס כולל את פרקים א'-ג' או א'-ד' בהתאם לדרג העובד:

- 3.1. מבוטחים קיימים אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הביטוח, למעט ילדים של עובדים שהינם בגיל 22 עד 25 (כולל), נכדים וגמלאים ובני משפחותיהם, יצורפו לרובד הבסיס אוטומטית במועד תחילת הביטוח, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ברצף ביטוחי מלא לביטוח הקודם לעניין חריג מצב רפואי קודם.
- 3.2. בהמשך לאמור בסעיף 3.1 לעיל, ילדים של עובדים שהינם מבוטחים קיימים ברובד הבסיס והינם בגיל 22 עד 25 (כולל), נכדים וכן גמלאים ובני זוגם שהינם מבוטחים קיימים ברובד הבסיס, יצורפו לרובד הבסיס באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) ובכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח וזאת עד למועד תחילת הביטוח.
- 3.3. עובדים חדשים ובני משפחותיהם (בן/בת זוג וילדים עד גיל 21 (כולל)) הזכאים למימון רובד הבסיס ע"י בעל הפוליסה באופן מלא יצורפו לרובד הבסיס באופן אוטומטי, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, בכפוף לחריג מצב רפואי קודם.
- 3.4. בני משפחה של עובדים קיימים ועובדים חדשים שאינם זכאים למימון רובד הבסיס ע"י בעל הפוליסה (ילדים מגיל 22 ומעלה, חתנים/כלות ונכדים) המבקשים להצטרף לביטוח, יצורפו לרובד הבסיס ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, בכפוף לחריג מצב רפואי קודם ובתנאי שיוגש טופס הצטרפות בגינם בתוך 120 ימים ממועד תחילת הביטוח או תוך 120 ימים ממועד תחילת עבודתו של העובד החדש אצל בעל הפוליסה, או תוך 120 ימים ממועד הצטרפותם למשפחת העובד.

רובד הרחבה:

רובד הרחבה א' כולל את האפשרויות הבאות:

כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל באחד מ-3 המסלולים הבאים: **פרק ה' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מ"השקל הראשון".**

א

פרק ו' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית.

א

פרק ז' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בסך 5,000 ₪.

בנוסף לכל אחד מהמסלולים לעיל או בנפרד, ניתן להרחיב ולרכוש את פרק ח' – שירותים רפואיים אמבולטוריים.

רובד הרחבה ב' – הכיסוי כמפורט בפרק ט' – שירות לאבחון רפואי מהיר.

יובהר כי הצטרפות לרובד הרחבה ב' הינה בכפוף לרכישת אחת מאפשרויות ההרחבה ברובד א' כמפורט לעיל.

3.5. מבוטחים קיימים יצורפו לרובד בו היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקודם בהתאם לאמור להלן:

- 3.5.1. כל המבוטחים אשר היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת ברובד הרחבה במסלול ניתוחים מלא לאחר השתתפות עצמית בגובה 1,500 ₪ (עם או בלי הרחבה נוספת), יצורפו לרובד ההרחבה במסגרת פוליסה זו במסלול ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מ"השקל הראשון" באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) ובכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח וזאת עד לתאריך תחילת הביטוח.
- 3.5.2. מבוטחים בגיל 51 ומעלה אשר היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת במסלול ניתוחים שב"ן עם השתתפות עצמית בסך 3,000 ₪, יצורפו לרובד ההרחבה במסגרת פוליסה זו במסלול ניתוחים שב"ן ללא השתתפות עצמית באופן אוטומטי.
- 3.5.3. מבוטחים בוגרים עד גיל 50 וכן ילדים בגיל 22-25 אשר היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת במסלול ניתוחים שב"ן עם השתתפות עצמית בסך 3,000 ₪, יצורפו לרובד ההרחבה במסגרת פוליסה זו במסלול ניתוחים שב"ן ללא השתתפות עצמית באופן

- וולונטרי (צירוף בהסכמה) ובכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח וזאת עד לתאריך תחילת הביטוח.
- 3.5.4. מבטחים מתחת לגיל 41 וכן מבטחים בקבוצת הגיל 51-60 אשר היו מבטחים ברובד ההרחבה במסגרת הפוליסה הקודמת במסלול **ניתוחים מלא** (ללא הרחבה נוספת), יצורפו לרובד ההרחבה במסלול **ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מ"השקל הראשון"** באופן אוטומטי.
- 3.5.5. מבטחים בקבוצת הגיל 41-50 וכן מבטחים מגיל 61 ומעלה אשר היו מבטחים ברובד ההרחבה במסלול **ניתוחים מלא** יצורפו לרובד ההרחבה במסלול **ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מ"השקל הראשון"** – באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) ובכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח וזאת עד לתאריך תחילת הביטוח.
- 3.5.6. מבטחים בוגרים מתחת לגיל 41 אשר היו מבטחים ברובד ההרחבה בכיסוי אמבולטורי (ללא הרחבה נוספת) יצורפו לרובד ההרחבה בכיסוי אמבולטורי באופן אוטומטי.
- 3.5.7. ילדים עד גיל 25 (כולל) וכן מבטחים מגיל 41 ומעלה אשר היו מבטחים ברובד ההרחבה בכיסוי אמבולטורי (ללא הרחבה נוספת) יצורפו לרובד ההרחבה בכיסוי אמבולטורי באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) ובכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח וזאת עד לתאריך תחילת הביטוח.
- 3.5.8. מבטחים בכל גיל אשר היו מבטחים ברובד ההרחבה במסלול ניתוחים שב"ן (ללא הרחבה נוספת), יצורפו לרובד ההרחבה ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית באופן אוטומטי.
- 3.5.9. מבטחים בכל גיל אשר היו מבטחים ברובד ההרחבה במסלול ניתוחים מלא וכן ברובד הרחבה הכולל כיסוי אמבולטורי יצורפו לרובדים אלו באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) ובכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח וזאת עד לתאריך תחילת הביטוח.
- 3.5.10. מבטחים בוגרים מתחת לגיל 41 אשר היו מבטחים ברובד ההרחבה בכיסוי ניתוחים שב"ן וכן ברובד הרחבה הכולל כיסוי אמבולטורי יצורפו לרובדים אלו באופן אוטומטי.
- 3.5.11. ילדים עד גיל 25 (כולל) וכן מבטחים מגיל 41 ומעלה אשר היו מבטחים ברובד ההרחבה במסלול ניתוחים שב"ן וכן ברובד ההרחבה הכולל כיסוי אמבולטורי, יצורפו לרובדים אלו באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) ובכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח וזאת עד לתאריך תחילת הביטוח.
- 3.6. מבטחים קיימים (ברובד הבסיס או ברובד הבסיס ואחד מרובדי ההרחבה) וכן מבטחים חדשים ובני משפחותיהם, יהיו רשאים להצטרף באופן וולונטרי לאחד או יותר מרובדי ההרחבה ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובכפוף לחריג מצב רפואי קודם ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בגינם בתוך 120 ימים ממועד תחילת הסכם זה, או 120 ימים ממועד חזרת העובד מהחל"ד/חל"ת, או 120 ימים ממועד תחילת העסקתו של עובד חדש אצל בעל הפוליסה או תוך 120 ימים ממועד הצטרפות בן המשפחה למשפחת העובד.
- 3.7. **לא ניתן להצטרף לרובדי ההרחבה ללא הצטרפות לרובד הבסיס ולא ניתן להצטרף לרובד הרחבה ב' ללא הצטרפות לאחד ממסלולי ההרחבה ברובד הרחבה א'.**
- 3.8. עובד שנישא או הפך לידוע בציבור בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו, כולל ילדיו/ה בתוך 120 ימים ממועד הנישואין או הפיכתו לידוע בציבור, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ובכפוף לחריג מצב רפואי קודם ובכפוף למילוי טופס הצטרפות. מועד תחילת הביטוח יהיה מועד תחילת הזכאות לצירוף.
- 3.9. תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח ו/או ע"י בן זוגו, יהיה רשאי להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש עבורו טופס הצטרפות בתוך 180 ימים ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם). מועד תחילת הביטוח יהיה מועד הולדת הילד או יום אימוצו.
- 3.10. עובדים ובני משפחתם המבוטחים ברובד הבסיס ואשר נמצאים במשרה בדרגים 1-2 העוברים במהלך תקופת הביטוח למשרה בדרגים 3-10, ייפתח עבורם חלון הזדמנויות של 120 יום ממועד השינוי בדרג להצטרפות לרובדי ההרחבה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות.
- 3.11. עובד/גמלאי או בן משפחה אשר יבקש להצטרף לכל אחד מרובדי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיה חייב במילוי טופס הצטרפות, הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים/גמלאים ו/או בני משפחה הנדרשים למלא הצהרת בריאות, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לפוליסה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 21 ימי עסקים ממועד קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח.

- 3.12. עובדים יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, וזאת בתנאי ששםם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. בני משפחה יצורפו לביטוח באופן וולונטרי ע"י מילוי טופס הצטרפות ישירות מול המבטח. במידה והמבטח הראשי נפטר במהלך תקופת הביטוח, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים בפוליסה עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות אמצעי גביה אישי.
- 3.13. צירוף בני משפחה של עובד בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד, למעט במקרה בו העובד נדחה מהביטוח או מבטח בביטוח פרטי או קבוצתי אחר הכולל את הכיסויים הכלולים בביטוח הקבוצתי.
- 3.14. יובהר כי גרעת מבטח מקובץ המבוטחים ו/או אי הוספת מבטח לקובץ המבוטחים, אשר נגרמה בטעות ו/או בתום לב ו/או עקב השמטה מקרית ו/או בלתי מכוונת, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה ו/או הסוכן אישור בכתב, המאשר את העובדה שגרעתו או אי הוספתו של המבטח מהרשימה נגרמה בתום לב.
- 3.15. נשאל המבטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 3.16. הודיע המבטח על מצב רפואי מסוים, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבטח. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 3.17. על אף האמור לעיל, ובמהלך חלון ההזדמנויות - עובדים של בעל הפוליסה ו/או בני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח על פי הסכם זה היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר, יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, בכל הנוגע לפרקי כיסוי חופפים ובכפוף להצגת הפוליסה הקודמת ואישור תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים או צילום מסך מ"הר הביטוח" המעיד על תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפותם לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לפרקי הכיסוי החופפים ולא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על פרקי הכיסוי החופפים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן החרגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה. יובהר כי המבטח לא יססה מקרה ביטוח שאירע למבטח לפני הצטרפותו לפוליסה זו, אלא אם צוין אחרת וכן כי מתן הרצף יהא בכפוף לקבלת הבקשה להצטרפות בתקופה בה מתאפשר צירוף לביטוח זה ללא הצהרת בריאות.
- 3.18. מבטח שהוא עמית בתכנית שב"ן יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").
- 3.19. שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה ישלח המבטח בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, וישלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלח המבטח תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות במבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.
- 3.20. צירוף מבטח – בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:
(א) מוטלת על המבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

- (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;
- (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא תצרף החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו- פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

- (ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:
- (1) הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
- (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:
- (א) ניתוחים
 - (ב) תרופות
 - (ג) השתלות
 - (ד) מחלות קשות
 - (ה) שיניים
 - (ו) תאונות אישיות

3.21. חובת הגילוי

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

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

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

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

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

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

- (1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- (2) מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים

יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

3.18.3. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 3.18.2. לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

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

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

4. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים:

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

רובד בסיס (פרקים א'-ג' או א'-ד'):

- (א) **מבוטחים קיימים ברובד הבסיס שהינם במימון בעל הפוליסה (עובד, בן/ת זוג וילדים עד גיל 21 כולל) וכן מבוטחים קיימים ברובד הבסיס שאינם במימון בעל הפוליסה (ילדים בוגרים מגיל 25 ומעלה, וחתנים/כלות) – באופן אוטומטי ביום כניסת הסכם הביטוח לתוקף (01.07.2025).**
- (ב) **מבוטחים קיימים ברובד הבסיס שאינם במימון בעל הפוליסה (ילדים מגיל 22 עד גיל 25, נכדים, גמלאים ובני זוגם) – בכפוף לקבלת הסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח עד למועד תחילת הביטוח. עם קבלת האישור, הצירוף הינו ברצף ביטוחי ממועד תחילת הסכם הביטוח הנוכחי (01.07.2025).**
- (ג) **עובדים חדשים ובני משפחתם – היום הראשון (1) לחודש בו צירף בעל הפוליסה את העובד החדש ובני משפחתו הזכאים למימון בעל הפוליסה לקובץ המבוטחים שהועבר למבטח.**
- (ד) **בני משפחה שאינם זכאים למימון של בעל הפוליסה – יצורפו לביטוח בראשון (1) לחודש בו הוגשה בקשת ההצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה 15 לאותו החודש (כולל). במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה 16 לחודש (כולל), תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב.**
- (ה) **עובד/גמלאי ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות - הראשון (1) לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.**

רבדי הרחבה (כמפורט בסעיף 3 לעיל):

- (i) **מבוטחים קיימים – בהתאם לאמור בסעיף 3.5 לעיל.**
- (ז) **מבוטחים חדשים ובני משפחותיהם המצטרפים בתקופת חלון הזדמנויות – יצורפו לביטוח בראשון (1) לחודש בו הוגשה בקשת ההצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה 15 לאותו החודש (כולל). במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה 15 לחודש, תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב.**
- (ח) **עובדים/גמלאים או בני משפחה שנדרשים במילוי הצהרת בריאות - הראשון לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופם.**

4.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

- (א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
- (ב) היום האחרון בחודש בו יצא העובד לגמלאות, אלא אם העובד ימלא טופס להמשך ביטוח בפוליסה זו כגמלאי, כולל מתן אמצעי גביה אישי לתשלום עבור רובד הבסיס עבורו ועבור בני משפחתו המבוטחים יחד עמו.
- (ג) בתום תקופת הסכם הביטוח.
- (ד) במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבטח בכתב, 3 ימים לאחר קבלת הודעת הביטול.
- (ה) לגבי מבטח שהוא ילדו של עובד – 60 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל 22, ישלח המבטח הודעה בה יעדכן את העובד על הגעת הילד לגיל 22 ואודות עליית התעריף. במידה והעובד בחר שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר, יוכל הילד הבוגר

לבחור להמשיך בביטוח פרטי בהתאם לקבוע בהסכם זה לעניין ההמשכיות לפוליסות פרט.

5. ביטוח בעת חל"ת / חל"ד:

עובד ובני משפחתו המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצא העובד בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד 1954 ו/או בחל"ת של העובד, בתנאי שבמהלך חופשת הלידה ו/או החל"ת, שמם יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה ו/או שהפרמיה החודשית תשולם ישירות ע"י העובד באמצעות כרטיס אשראי או באמצעי גביה אישי אחר.

6. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

6.1. במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה, לרבות בגלל פיטורין, עזיבת עבודה, גירושין, או פרישה לגמלאות (במידה והחליט שלא להמשיך בפוליסה קבוצתית זו כגמלאי), יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא בהכרח זהים) הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר למבוטחים בני אותו הגיל, ללא מגבלת גיל. ההצטרפות לפוליסה הפרטית תהיה ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין פרקי כיסוי חופפים) ובהנחה בשיעור 10% לתקופה של 10 שנים מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח. מובהר שמבטח רשאי לבחור לעבור לפוליסה פרטית עם כיסויים פחותים מאלה שהיו בפוליסה הקבוצתית.

6.2. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.

6.3. על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב עד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.

6.4. המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.

6.5. במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

6.6. היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.

6.7. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

6.8. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה. יובהר שהאמור אינו גורע מזכות המבטח לבטל את הסכם הביטוח בהתאם לעילות המופיעות בחוק.

6.9. למען הסר ספק יובהר כי בני משפחה של עובד שנפטר במהלך תקופת הביטוח, ימשיכו להיות מבוטחים עד תום תקופת הביטוח באמצעי גביה אישי.

7. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח:

דמי הביטוח החודשיים (בש"ח), אופן תשלומם והגורם המשלם ** הינם כמפורט להלן:

פרמיות חודשיות לרובד הבסיס

סוג מבוטח	פרקים א'-ג' לדרגה 3 ומעלה	פרקים א'-ד' לדרגה 1-2
עובד/ת	22.00	22.30
בן/בת זוג	22.00	22.30
ילד/נכד מגיל 22 ומעלה, חתן/כלה	22.00	22.30
ילד/נכד עד גיל 21	9.65	9.90

* ילד - עד גיל 21 שנים (כולל). ילד שלישי ואילך יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח בפוליסה הכוללת לפחות הורה בגיר אחד ושני ילדים (מתחת לגיל 22). יובהר, פטור מתשלום הפרמיה בגין ילד שלישי לא יחול על ילדים בוגרים מגיל 22 ואילך.

סוג מבוטח	פרקים א'-ג'
גמלאי/ת, בן/ת זוג של גמלאי	41.20

פרמיות חודשיות לרובדי ההרחבה

רובד ההרחבה א'				
פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל "מהשקל הראשון"	פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל "משלים שב"ן" ללא השתתפות עצמית	פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל "משלים שב"ן" עם השתתפות עצמית בסך 5,000 ₪ +	פרק ח' - שירותים רפואיים אמבולטוריים	
ילד/נכד עד גיל 21	40.00	25.00	19.00	35.10
מבוטח בוגר עד גיל 30	82.00	64.00	45.00	35.10
31-40	100.00	80.00	52.00	64.00
41-50	110.00	89.00	70.00	81.00
51-60	125.00	104.00	91.00	71.00
61-65	135.00	107.00	100.00	73.00
+66	195.00	133.00	115.00	79.00

* ילד - עד גיל 21 שנים (כולל). ילד שלישי ואילך יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח בפוליסה הכוללת לפחות הורה בגיר אחד ושני ילדים (מתחת לגיל 22). יובהר, פטור מתשלום הפרמיה בגין ילד שלישי לא יחול על ילדים בוגרים מגיל 22 ואילך.

רובד ההרחבה ב' - פרק ט' - שירות לאבחון מהיר	
ילד/נכד עד גיל 21 (כולל)	2.00
בוגר מגיל 22 ומעלה	8.00

* ילד - עד גיל 21 שנים (כולל). ילד שלישי ואילך יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח בפוליסה הכוללת לפחות הורה בגיר אחד ושני ילדים (מתחת לגיל 22). יובהר, פטור מתשלום הפרמיה בגין ילד שלישי לא יחול על ילדים בוגרים מגיל 22 ואילך.

*** גורם משלם ואופן התשלום:

עובד ובני משפחה ממומנים בגין רובד הבסיס: במימון המעסיק ובתשלום מרוכז.

בני משפחה שאינם ממומנים בגין רובד הבסיס: במימון העובד/המבוטחים באמצעי גביה אישי.

עובד ובני משפחה בגין רובדי ההרחבה: במימון העובד/המבוטחים באמצעי גביה אישי.

7.1. בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים ובני המשפחה הממונים ברובד הבסיס.

7.2. דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה - 25 בכל חודש בגין החודש הקודם.

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

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

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים- 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"-

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

7.4.2. לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

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

7.4.4. במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

7.4.5. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבטח ערב מועד חידוש הביטוח.

7.5. התאמת דמי הביטוח

7.5.1. בתום שלושים (30) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, המבטח יהא רשאי להתאים את הפרמיה במטרה לאזן את הפוליסה ביתרת תקופת הביטוח, וזאת בהתאם לבדיקה של נתוני תיק הביטוח כמפורט בהסכם בין המבטח לבעל הפוליסה.

7.5.2. במידה והצדדים לא הגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.

8. תגמולי ביטוח

8.1. המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבטח כנגד הצגת קבלות. המבטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות ו/או החשבוניות, גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבטח אצל המבטח.

8.2. בכפוף לאמור לעיל, המבטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

8.3. במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק

מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.

8.4. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל או במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.

8.5. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום. תגמולי ביטוח 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.

8.6. נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.

8.7. **הוראות לעניין כפל ביטוח וזכות שיבוב:** המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר. 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.

8.8. המבטח יודיע למבוטח בתוך 7 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור או דחיה של התביעה. יודגש, שבמקרים בהם מדובר בפרוצדורות עתידיות, שטרם בוצעו, האישור (או הדחיה) יינתן על פי הצורך הרפואי.

9. גבית דמי הביטוח:

9.1. **מוטלת על המבוטח לפי תנאי הסכם הביטוח והפוליסה חובה לאחת מאלה:** לשלם, במועד תחילת הביטוח, את דמי הביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. אם המבוטח הוא ילד או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.

9.2. מבטח לא יצרף מבטח לביטוח אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבוטח, אשר תועדה ולאחר שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד (להלן: "הסכמה מפורשת"). 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.

9.3. האמור בסעיף 9.2 לעיל לא יחול על הסכם ביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

9.3.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.

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

9.3.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" הינו פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: (א) ניתוחים, (ב) תרופות, (ג) השתלות, (ד) מחלות קשות, (ה) שיניים, (ו) תאונות אישיות.

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

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

10. וועדת ערר:

10.1. מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שקיים כיסוי בפוליסה בגינה ושנדחתה ע"י המבטח, לדין מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ 20 ימי עבודה מהגשת הבקשה לדין. כינוס הוועדה יהא באחריות בעל הפוליסה / היועץ.

10.2. המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.

10.3. הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח והיועץ. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.

10.4. החלטת הוועדה תחייב את המבטח.

10.5. למען הסר ספק, אין בהחלטת וועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיציאת תביעתו, על פי כל דין.

11. תחלופ (סברוגציה):

11.1. מששילם המבוטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות על פי חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבוטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.

11.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

11.3. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבוטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

12. ביטוח כפל:

12.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח, ובין אצל מבטח אחר.

12.2. בפוליסות שתגמולי הביטוח 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

13. תביעות:

13.1. אלא אם נקבע אחרת, המבוטח ימסור למבטח הודעה על מקרה הביטוח בזמן סביר. להודעה יצרף המבוטח כתב ויתור על סודיות רפואית, אשר ישמש את המבטח לצורך קבלת מידע, ככול שהדבר נדרש. מובהר כמו כן, שתביעה שאושרה בתקופת הביטוח, תמשיך להיות משולמת גם בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי.

13.2. המבוטח יעביר למבטח טופס תביעה, לרבות מסמכים רפואיים ואם היו תשלומים אז קבלות ו/או חשבוניות, המתייחסים לתביעתו והדרושים לשם בירור חבותו של המבטח ושאותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר, אלא אם נקבע אחרת.

13.3. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח על חשבון המבטח. הבדיקה תבוצע בתאום עם המבוטח מראש ותתקיים בשעה סבירה ובמיקום המרוחק במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח. מובהר כי אין באמור בסעיף זה כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.

13.4. יובהר שבמידה והמבוטח תבע ראשית את קופת החולים ו/או השב"ן, ההחזר מהמבטח יהא עד תקרת הכיסוי, ללא תשלום ההשתתפות העצמית הנקובה בכיסוי, ככול שישנה.

13.5. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל, ייתן המבטח למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל.

13.6. למען הסר ספק במידה וארע למבוטח בפוליסה שהסתיימה ב-30.6.2025 מקרה ביטוח במהלך תחילתה של פוליסה זו, טרם חתימתו של המבוטח על האישור הפוזיטיבי (במידה ונדרש). מיד עם חתימתו של המבוטח על אישור פוזיטיבי לרצונו להצטרף לפוליסה זו והפיכתו למבוטח ברצף ביטוחי, מקרה ביטוח זה יכוסה על ידי פוליסה זו.

14. התיישנות תביעות:

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

15. יועץ ביטוחי רפואי:

חברת הייעוץ פרש קונספט ניהול סיכונים בריאות בע"מ באמצעות רוני אשכנזי וד"ר אודי פרישמן תשמש כיועץ מלווה (להלן: "היועץ"). במסגרת שירותיו, היועץ יעניק ייעוץ שוטף לבעל הפוליסה ולמבטחים בפוליסה לאחר שהופנו על ידי בעל הפוליסה או סוכנות הביטוח כמפורט להלן:

15.1. בירורים מול המבטח בקשר לזכויות על פי הפוליסה, בירורים מול המבטח בקשר להחלטות המבטח על פי הפוליסה, מתן חוות דעת למבוטח לגבי בקשות לאישור תביעות על פי הפוליסה.

15.2. סיוע, מתן מידע ובירורים לגבי טענה או תלונה של המבוטח הקשורה בנהלי המבטח והשירות הניתן על ידו.

15.3. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבוטח לפנות ליועץ הביטוח.

15.4. המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידיהם שלא באמצעות המבוטח ובכפוף להוראות הדין.

15.5. היועץ יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה. למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

16. מתן מסמכים והודעות למבטח – סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

16.1. (א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;

(ב) על אף האמור בתקנה משנה (א) לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין-

- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
- (2) את האפשרות של המבטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
- (3) את האפשרות של המבטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

16.2. חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח.

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

16.4. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)(2); לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

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

16.4.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

16.4.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה

כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

17. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתית

- (א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- (ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5 (ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4 (ב)2; לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.
- (ג) על אף האמור בתקנה 9 (ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2 (1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח

18. תנאי הצמדה למדד:

- 18.1. כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:
- 18.1.1. "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.
- 18.1.2. "המדד היסודי" - המדד האחרון שפורסם ביום כניסת ההסכם לתוקף, דהיינו המדד הידוע ביום 15.6.2025.
- 18.1.3. "המדד הקובע" - משמעו המדד הידוע ביום התשלום בפועל.
- 18.2. כל תשלומי המבטח וההשתתפות העצמית על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 18.3. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

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

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל,

מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

20. החברה אינה אחראית לשירותים הרפואיים ולתוצאותיהם:

- 20.1. מובהר ומוסכם בזאת, כי בחירת הרופא המטפל, בית החולים בו יבוצע הניתוח, כל ספק שירות רפואי אחר או כל יתר הטיפולים והשירותים המכוסים בפוליסה זו, נעשים על-ידי המבוטח והחברה איננה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או כל מעשה ו/או מחדל של נותני השירותים הרפואיים כאמור לעיל, ו/או למוצרים ו/או לטיפולים האחרים הניתנים למבוטח בקרות מקרה הביטוח על-ידי כל נותן שירות ו/או מוכר מוצר כאמור ו/או ספק השירות הרפואי לרבות ו/או לכל נזק שייגרם על-ידם.
- 20.2. האמור לעיל חל גם אם הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם ו/או בתיאום על-ידי החברה ו/או על-ידי הפניית המבוטח לנותן השירות.

21. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל

אחריות החברה מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסויים שאושרו לטיפול בחו"ל עפ"י תנאי הפרקים הרלוונטיים. למעט מדינות אויב ו/או בשטחים שבשליטת ו/או ניהול הרשות הפלסטינית יובהר כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל. על אף האמור לעיל, במידה ואירע מקרה ביטוח הכלול בביטוח זה, בעת שהות המבוטח בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 180 יום ברציפות, יהא המבוטח זכאי לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח על פי תנאי ההסכם עם שובו ארצה.

22. חריגים כלליים:

סעיף זה מונה חריגים החלים על כל אחד מפרקי הכיסוי הביטוחי המפורטים בפרקים/בנספחים לפוליסה זו, וזאת בנוסף להוראות ו/או החריגים המיוחדים המפורטים בכל פרק/נספח כאמור. למען הסר ספק יובהר כי חריגים אלו לא יחולו על פרק הניתוחים בישראל, בגינו יחולו ההוראות והחריגים הקבועים באותו הפרק. החברה לא תהיה אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי ביטוח זה כל תביעה, כולה או מקצתה, הקשורה ב:

- 22.1. מקרה הביטוח ארע לפני מועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי.
- 22.2. מקרה הביטוח ארע בתקופת האכשרה למעט מקרה ביטוח שארע מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.
- 22.3. מקרה הביטוח ארע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 22.4. סייג/חריג מצב רפואי קודם:
החברה תהיה פטורה מתשלומי תגמולי ביטוח על-פי פוליסה זו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של "מצב רפואי קודם", ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
מצב רפואי קודם משמעו – מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו אצל כל מבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה.
לעניין זה, "אובחנו במבוטח" משמעו – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב- 6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח של כל מבוטח.
חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
לתקופה של שנה אחת מיום תחילת הביטוח - למבוטח, שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח, פחות מ-65 שנים.
לתקופה של חצי שנה מיום תחילת הביטוח למבוטח - למבוטח, שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח 65 שנים או יותר.
על אף האמור לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח

לצד אותו מצב רפואי מסוים. כאשר אין מצוינת התקופה לצד אותו מצב רפואי מסוים, יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

על אף האמור לעיל, סייג בשל מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את מצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל-פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבוטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הפרטי או הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים חופפים.

רובד בסיס

פרק א'

השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

1. הגדרות

1.1 השתלה: השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות כמפורט באחד מסעיפים 1.1.1 - 1.1.3:

1.1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועה, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושלל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד;

בנוסף, השתלה על פי סעיף זה, תכלול גם כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של רחם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועה, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם וכן השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל וכן השתלת איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת, לרבות השתלת איברים שגודלו במעבדה.

יובהר כי השתלה חוזרת תחשב למקרה ביטוח חדש.

1.1.2 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם;

בנוסף, השתלה על פי סעיף זה תכלול גם כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של מעי, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם;

1.1.3 השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו;

1.2 טיפול חלופי בישראל: טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח הניתן לביצוע בישראל, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת באמצעות טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגע באיכות חייו.

טיפול מיוחד מחוץ לישראל: טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח (למעט השתלה כהגדרתה לעיל), שרופא מומחה בישראל מטעם המבוטח בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיים בו אחד מהתנאים הבאים המפורטים בסעיפים 1.2.1-1.2.6 לפחות:

1.2.1 שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל;

1.2.2 הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו;

1.2.3 זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג, ארוך באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח;

1.2.4 סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות

- מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל;
- 1.2.5. בנוסף**, ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
- 1.2.6. בנוסף**, הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 50%.
- 1.3. רופא מומחה בישראל:** רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
- 1.4. תקופת אכשרה:** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לפרק זה בפוליסה והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה 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 מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

בנוסף, עבור מבוטחים קיימים מקרה הביטוח יהיה- ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

3. כיסוי ביטוחי

- פרק זה להשתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל יכלול כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:
- 3.1. להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא** להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי כמפורט בסעיף קטן 4.3.
- 3.2. להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא** להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.2 וכן פיצוי כמפורט בסעיף קטן 4.3 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:
- 3.2.1.** עבור השתלה כהגדרתה בחלופות בסעיפים 1.1.1-1.1.3 – עד 5,000,000 ₪;
- 3.3. עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא** להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.2.2 עד 4.2.7.
- 3.4. עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא** להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים קטן 4.2.2 עד 4.2.7 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,200,000 ש"ח.

4. התחייבות החברה

יובהר כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח.

- 4.1. בקרות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח בגין ההוצאות המפורטות להלן – שיפוי מלא**, בכפוף להוראות ולתקרות סכומי הביטוח המפורטים בסעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:
- 4.1.1.** הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה;
- 4.1.2.** הוצאות אשפוז מחוץ לישראל לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד;

- 4.1.3.** הוצאות שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;
- 4.1.4.** הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפולים הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות הוצאות חדר ניתוח. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל;
- 4.1.5.** הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין, והוצאות שיבתם לישראל; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים – ישופה המבוטח ומלווה אחד. במקרה של קטין המלווה השני יהיה זכאי להוצאות כרטיס טיסה במחלקת תיירים.
- 4.1.6.** הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, אל שדה התעופה בישראל וממסדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;
- 4.1.7.** הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;
- 4.1.8.** הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ;
- 4.2.** להוצאות המפורטות להלן – **שיפוי** לפי תקרות הסכומים המופיעות לצדן, ובכפוף לסעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:
- 4.2.1.** הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, והוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל עד 350,000 ש"ח;
- בנוסף**, הוצאות לאיתור איבר להשתלה, הוצאות כרטיס טיסה במחלקת תיירים הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שבו המבוטח הוא קטין למבוטח ולשני מלווים ועד תקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה.
- 4.2.2.** הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל לרבות טיסות הלוך ושוב לחו"ל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים של מבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע הבדיקות עד 200,000 ₪;
- בנוסף, יינתן כיסוי לשני מלווים אם המבוטח הוא קטין, נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים – ישופה המבוטח בעלות הטיסה והכל עד לתקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה.
- 4.2.3.** הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל, שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפול דיאליזה - עד 500,000 ש"ח;
- 4.2.4.** הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ש"ח; על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא;
- 4.2.5.** הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל - עד 1,500 ש"ח ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 2,500 ש"ח ליום למבוטח ולשני מלווים;
- 4.2.6.** הוצאות לטיפול המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, עד 200,000 ₪.
- בנוסף**, הכיסוי יכלול מעקב, ביקורת ובדיקות שנעשות בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי כולל הוצאות טיסה ושהיה למבוטח ולמלווה אחד ובמקרה של קטין שני מלווים והכל עד לתקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה.
- 4.2.7.** הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ש"ח;
- 4.2.8.** בנוסף, תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בפועל מחוץ לישראל עד לתקרת הסכום של 150,000 ₪.

- 4.3** להוצאות המפורטות להלן – **פיצוי** לפי סכומים המופיעים לצדן, ובכפוף להוראות סעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:
- 4.3.1** קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו – 7,500 ש"ח; לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים – 3,750 ש"ח לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-12 חודשים; לעניין זה "מועמד להשתלה" – מבוטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה;
- 4.3.2** גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, למעט השתלת מח עצם עצמית – 7,500 ש"ח למשך תקופה של 24 חודשים;
- 4.3.3** **בנוסף**, גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלת מח עצם עצמית בארץ או בחו"ל – 4,000 ₪ למשך 3 חודשים.
- 4.3.4** **בנוסף**, תשלום פיצוי בסך 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.
- 4.3.5** **בנוסף**, תשלום פיצוי במקרה מוות כתוצאה מההשתלה או כתוצאה מהטיפול המיוחד בחו"ל בסך 150,000 ₪.
- 4.3.6** השתלה שבוצעה מחוץ לישראל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבטח – פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ש"ח;
- 4.3.7** פיצוי לפני ביצוע השתלה – מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטח על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך של 100,000 ₪ למעט במקרה של מח עצם או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה או אם אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות, אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.
- 4.4** **החזר הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל:** נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת הסרטן והטיפול מממן על ידי גורם שלישי (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי מבצע הניסוי כדלקמן:
- 4.4.1** עלות איתור המקום/המוסד הרפואי בו מבוצע הניסוי ועלויות נלוות, עלות התרופות והבדיקות הרפואיות הנדרשות לביצוע הניסוי וכן עלויות האשפוז ככל שהדבר נדרש, ואשר לא מכוסות על ידי הגורם המממן ועד סכום של 50,000 ₪.
- 4.4.2** 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 ₪ לשני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 4.4.3** הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצויד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה למקום ביצוע הניסוי/בית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.
- 4.4.4** תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע הטיפול הניסיוני ועד 100,000 ₪.
- 4.4.5** הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 1,500 ₪ ליום למלווה ועד 2,000 ₪ ליום לשני מלווים.

5. חריגים

- בנוסף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה, פרק זה להשתלול וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל מחריג מכיסוי את המקרים הבאים:
- 5.1 מקרה הביטוח שאירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
 - 5.2 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או שאירע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;
 - 5.3 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
 - 5.4 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
 - 5.5 השתלול או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלול וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה: "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
 - 5.6 השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה;
 - 5.7 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל;
 - 5.8 טיפולי רפואה משלימה;
 - 5.9 טיפולים נפשיים;
 - 5.10 לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל –
 - 5.10.1 טיפול מיוחד מסיבה של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה;
 - 5.10.2 טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

6. תקופת אכשרה

90 יום, למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שאירע מתאונה.

פרק ב'

ביטוח תרופות מחוץ לסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות נוספות לפרק זה

- 1.1. בדיקה גנטית -** בדיקות גנומיות מולקולריות או צביעות מיוחדות (אימונהיסטוכמיות), שאינן מכוסות בסל שירותי הבריאות.
- בנוסף,** יכוסו גם בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות, הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא, בין אם קיימת ובין אם תהיה ידועה בעתיד, על רקמה ביולוגית ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתן סיוע בקבלת החלטה על טיפול למחלה או הישנות מחלה לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ (להלן: "הבדיקה") ובלבד שהבדיקה כאמור בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. יובהר כי לא יכוסו בדיקות גנטיות לתזונה מותאמת אישית.
- 1.2. טיפול תרופתי -** נטילת תרופה לפי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך;
- 1.3. מדיניות מוכרות -** ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA);
- 1.4. מרשם -** מסמך רפואי חתום ביד רופא מומחה או רופא בית חולים, לפי בחירת המבוטח, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ומורה על אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש;
- 1.5. סל שירותי הבריאות -** מכלול השירותים הרפואיים והתרופות שנותנות קופות החולים לחבריהן, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תכנית השב"ן;
- 1.6. רופא מומחה -** רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו 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, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה;
- 1.7. רשות מוסמכת -** הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות למתן רישיון או היתר לשיווק תרופות חדשות לפי הדין החל במדינה בה משווק התרופה.
- 1.8. תקופת אכשרה -** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח;
- 1.9. המחיר המירבי המאושר לתרופה -** הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.10. תרופה -** חומר כימי או ביולוגי ושנועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו כתוצאה ממחלה או תאונה; **בנוסף,** כתרופה יחשב גם תכשיר רפואי ו/או תכשיר ביוטכנולוגי שנועד לאבחון וטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) ו/או מניעת הישנותו ו/או התפתחותו, כתוצאה ממחלה או תאונה, וכן להקלה על סימפטומים רפואיים ו/או כאב.
- 1.11. תרופת יתום -** תרופה לטיפול במחלה נדירה;
- 1.12. תרופה מיוחדת -** תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.
- 1.13. תרופה ניסיונית -** תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתקיים לגביה אחד מהבאים:
- 1.13.1.** תרופה שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כלשהו;
- 1.13.2.** תרופה שרשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש כלשהו, אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש,

- לרבות מינון התרופה, אינו נתמך באמות מידה רפואיות מקובלות ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;
- 1.13.3. תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני;
- 1.14. תרופה Off Label –** תרופה שהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שאחד מהמפורטים להלן הכיר ביעילות התרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח:
- 1.14.1. פרסומי ה-FDA;
- 1.14.2. American Hospital Formulary Service Drug Information;
- 1.14.3. US Pharmacopoeia - Drug Information;
- 1.14.4. Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
- 1.14.4.1. עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa;
- 1.14.4.2. חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B;
- 1.14.4.3. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
- 1.14.5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, באחד מה-National Guidelines שמפרסם אחד מהבאים לפחות:
- 1.14.5.1. NCCN;
- 1.14.5.2. ASCO;
- 1.14.5.3. NICE;
- 1.14.5.4. Esmo Minimal Recommendation.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים האלה:

- 2.1.** מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, לפי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:
- 2.1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;
- 2.1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;
- 2.1.3. תרופה OFF LABEL;
- 2.1.4. תרופת יתום שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח,
- 2.1.5. תרופה מיוחדת;
- 2.2.** מצבו הרפואי של המבוטח מצריך לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי ותגמולי הביטוח

- 3.1.** פרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי לכל תקופת הביטוח, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:
- 3.1.1. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 ש"ח.
- 3.1.2. בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 ש"ח, ולא יותר מ-200,000 ש"ח בחודש.
- 3.1.3. סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1, אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי – עד 500 ש"ח ליום ועד 60

ימים.

3.1.4. בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 85% מההוצאות ולא יותר מ-40,000 ש"ח עבור כל מקרה ביטוח.

3.1.5. תקרות הסכומים המפורטות בסעיפים 3.1.1-3.1.4 לעיל יתחדשו אחת לכל תקופה של שנתיים, שתחילתה במועד תאריך תחילת הביטוח של הפוליסה לכלל המבוטחים.

3.2. סכום השיפוי המירבי לתרופה לא יעלה על המחיר המירבי המאושר לתרופה. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המירבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל. במידה ולתרופה אין מחיר מירבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום שיפוי לפי המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.

3.3. בנוסף - דחתה חברת הביטוח את תביעת המבוטח לתשלום תגמולי הביטוח עבור תרופה בטענה שהמקרה אינו עומד בהגדרות לזכאות על פי פרק זה, יהיה רשאי המבוטח לפנות לרופא/פרמקולוג/ביולוג ולקבל ממנו יעוץ בכתב אשר יבדוק את טענות הדחיה של המבוטח. המבוטח ישפה את המבוטח כנגד ייעוץ זה בעלות של עד 1,800 ₪ בתוספת מע"מ למקרה ביטוח.

4.

חריגים

בנוסף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה, פרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות מחריג מכיסוי את המקרים האלה ואת התרופות האלה:

4.1. מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

4.2. טיפול תרופתי שניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה שאינה נובעת מצורך רפואי;

4.3. תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים למעט כאשר מדובר בחולה אונקולוגי;

4.4. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו.

4.5. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

4.6. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004²;

4.7. תרופה ניסיונית למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה;

4.8. תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה;

4.9. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, Anti-Aging או תוספי מזון למעט אם תוספי המזון או הוויטמינים ניתנו כחלק מתכנית הטיפול התרופתי לטיפול במחלה אונקולוגית.

4.10. טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס), למעט למבוטחים שהם נשאים או חולים;

4.11. תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

4.12. שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.

4.13. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.

4.14. קנבוס – כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש), התשל"ג – 1973; יובהר כי החריג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, שמכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.

5. השתתפות עצמית

5.1. סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1-2.1.5 לעיל - 200 ש"ח לתרופה, לאותו חודש, ולא יותר מ- 400 ש"ח בגין מספר תרופות בחודש.

5.2. על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ- 5,000 ש"ח או לתרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן.

פרק ג'

ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

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 או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;

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

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

1.5 רופא מומחה: רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;

1.6 רופא מומחה בישראל: רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973³, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;

1.7 שתל: כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;

בנוסף, כשתל יחשב גם עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, תומך לב (LVAD), דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס), פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל).

1.8 תקופת אכשרה: תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה 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

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצע בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח, טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו, אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח. לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

בנוסף, עבור מבטחים קיימים:

ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח, טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו, אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח.

לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3.

כיסוי ביטוחי

בקורות מקרה הביטוח יכלול פרק זה כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

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

3.2. עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף קטן 3.6 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל;

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

3.3. לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 3.4.1 ו- 3.4.2 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.

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

תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

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

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

3.4.2. כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, לרבות אשפוז בטיפול נמרץ ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח וכן במהלך האשפוז, בדיקות פתולוגיות ו/או בדיקות אחרות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;

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

3.4.4. הוצאות טיסה לניתוח מורכב - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; במקרה שהמבוטח קטין - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים – ישופה המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין, בגובה ההוצאה בפועל.

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

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

3.5.1. הוצאות שתי התייעצות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל - עד 1,500 ש"ח לכל התייעצות;

3.5.2. הוצאות בגין התייעצות אחת בקשר לניתוח או טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 5,000 ₪.

3.5.3. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ש"ח; אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת על ידי החברה - כיסוי מלא;

3.5.4. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ש"ח;

3.5.5. הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך ניתוח – עד 75,000 ש"ח;

3.5.6. הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:

3.5.6.1. עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב – עד 650 ש"ח ליום;

3.5.6.2. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 ש"ח ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 1,500 ש"ח ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום;

3.5.6.3. הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב - עד 250 ש"ח לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נשא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול;

3.5.6.4. הוצאות עבור מוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 12 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלבנטי החליט על הצורך בהחלמה - עד 600 ש"ח לכל יום;

3.5.6.5. הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000 ₪. ההוצאות כוללות טיסה לח"ל וחזרה בטיסה סדירה של המבוטח ומלווה אחד, במקרה של מבוטח קטין – שני מלווים, והוצאות שהייה עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או 1,500 ₪ למבוטח ושני מלווים במקרה שהמבוטח קטין, לתקופה של עד 5 ימים;

3.6. נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח תשלם החברה למוטב, אותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה 150,000 ₪.

4. חריגים מיוחדים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על-פי פרק זה במקרים הבאים:

4.1. מקרה הביטוח שאירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים;

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

4.4. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

- 4.5. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל;
- 4.6. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004⁴;
- 4.7. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון, והפלה למעט אם ההפלה נדרשת מסיבות רפואיות;
- 4.8. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.8.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 4.8.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ - 40.
- 4.8.3. ניתוח להרמת עפעפיים, במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר מסיבה רפואית, ניתוח לרבות טיפול או הזרקות למניעה של הזעת יתר למבוטח המועמד לניתוח; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות, שברים, תאונות ו/או ניתוח שבוצע בתקופת הביטוח, כמו כן ניתוח לתיקון חייך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי;
- 4.9. טיפולי רפואה משלימה;
- 4.10. טיפולים נפשיים;
- 4.11. השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל;
- 4.12. 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; לענין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980⁵;
- 4.13. בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה (למעט הזרקות לעיניים, לעמוד שדרה, או לאיברים פנימיים), הזלפות, בדיקות ופעולות הדמיה כגון: CT ו- MRI, אם הן אינן חלק ממהלך הניתוח או טיפול מחליף הניתוח.

פרק ד'

שירותי רפואה אישיים

פרק זה חל על עובדי שטראוס בדרגה 1-2 ובני משפחותיהם

1. הגדרות מיוחדות:

- 1.1. **רופא מומחה** - רופא אשר הוכר כמומחה על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.2. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, או במהלך ניתוח או במהלך השתלה, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום. מובהר כי טיפול תרופתי במהלך אשפוז בית חולים כללי, ניתוח או השתלה יכוסו במסגרת הפרק הרלוונטי בפוליסה ועל פי תנאיו.
- 1.3. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה.
- 1.4. **התייעצות עם רופא** – התייעצות עם רופא מומחה בגין בעיה רפואית, אבחון, טיפול או מניעה ובלבד שהאינדיקציה להתייעצות היא רפואית ובסופה המבוטח קיבל מכתב סיכום רפואי מהרופא.
- 1.5. **טיפול רפואי** – כל טיפול רפואי לרבות ניתוח, בדיקה, צילום התייעצות וכדומה שמבוצע על פי התוויה כתובה של רופא מומחה.
- 1.6. **הוצאות רפואיות נלוות והוצאות שהייה** – הוצאות הנלוות לטיפול רפואי אשר ניתן לבן משפחה מדרגה ראשונה למבוטח ובלבד שאותו בן משפחה מבוטח אף הוא בביטוח, כגון: תשלום לאחר/ות מלווה במהלך אשפוז, והוצאות שהייה במלון ובלבד שהמבוטח מאושפז בבית חולים ומקום מגוריו עולה על 80 ק"מ ממקום האשפוז.
- 1.7. **השתתפות עצמית** – חלקו של המבוטח בהוצאה בגין תרופה או טיפול רפואי כל שהוא או הוצאה רפואית נלוות הניתן במסגרת פרטית או במסגרת קופ"ח.

2. מקרה הביטוח:

טיפול רפואי במהלך תקופת הביטוח בגין בעיה רפואית המנויה להלן:

- 2.1. אי ספיקת כליות.
- 2.2. מחלת כבד כרונית או חריפה.
- 2.3. השתלות איברים.
- 2.4. אי ספיקת כבד פולמינינטית.
- 2.5. טרשת נפוצה.
- 2.6. פרקינסון או פרקינסוניזם.
- 2.7. תרדמת.
- 2.8. ניוון שרירים מלא או חלקי.
- 2.9. אירוע מוחי זמני או קבוע לרבות זיהומי או דלקתי.
- 2.10. מחלת ריאות לרבות דלקת ריאות.
- 2.11. מחלת לב.
- 2.12. סרטן.
- 2.13. מחלה המטולוגית.
- 2.14. אלצהיימר לרבות תשישות נפש.
- 2.15. שיתוק חלקי או מלא, זמני או קבוע.
- 2.16. ירידה בשמיעה בכל תדר.
- 2.17. ירידה בראייה בעין אחת או בשתי העיניים.
- 2.18. ניתוח שמשך האשפוז בו עולה על לילה אחד.
- 2.19. מחלת עור חריפה או כרונית לרבות: אקנה, קונקט דרמטיטיס, אטופיק דרמטיטיס פטרת, נשירת שיער, פיטריאזיס רוזיאה, סבוראה.
- 2.20. מום מולד מכל סוג שהוא.

2.21. מחלה ראומטית.

2.22. מחלה אוטואימונית, לרבות מחלות דלקתיות.

3. חבות המבטח ותגמולי הביטוח

המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות בגין הטיפול הרפואי אשר ניתן למבוטח או בגין הוצאה רפואית נלווית ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 10% אשר ישולמו בכל מקרה על ידי המבוטח בלבד ולא יותר מ 10,000 ₪ למקרה ביטוח אחד או לכלל מקרי הביטוח על פי פוליסה זו לכל שנת ביטוח.

4. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח לגבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 90 יום, למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה.

רובד מורחב א'

פרק ה'

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון

פרק זה יחול על מבוטח שיבחר להיות מבוטח ברובד הרחבה הכולל כיסוי לניתוחים בישראל במסלול ניתוחים מהשקל הראשון

1. על פרק זה יחולו ההגדרות המפורטות להלן, ולא ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים בסעיפים:
 - 1.1. **בית חולים פרטי** - אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות התירו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
 - 1.2. **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
 - 1.3. **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
 - 1.4. **ניתוח** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

פעולה פולשנית – חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
 - 1.5. **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
 - 1.6. **קופת חולים** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
 - 1.7. **רופא מומחה** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
 - 1.8. **שתל** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
 - 1.9. **תקופת אכשרה** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
 - 1.10. **הסדר ניתוח** - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
 - 1.11. **הסדר התייעצות** - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות

רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

3.1. בקרות מקרה הביטוח, תשלם החברה בכפוף להוראות התנאים הכלליים של הפוליסה ולהוראות תוכנית זו את הוצאות השירותים הרפואיים המפורטים להלן:

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

3.1.2. שכר מנתח.

3.1.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה, 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.

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

התשלומים בגין סעיפים **שגיאה! מקור ההפניה לא נמצא.** 3.1.2 ו-3.1.3 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי לנותני 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. חריגים:

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה 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. השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג - 2023.

- 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 באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 .
- 4.10. 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.

5. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

- קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לבירור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.
- לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהייתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

6. תקופת אכשרה:

- 6.1. תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות הינה בת 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- 6.2. על אף האמור בסעיף 6.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

פרק ו'

ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל –

ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית לבעלי שב"ן בקופת חולים

פרק זה יחול על מבוטח שיבחר להיות מבוטח ברובד הרחבה הכולל כיסוי לניתוחים בישראל במסלול ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית

1. הגדרות

בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:
1.1. **בית חולים פרטי** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי 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 התירו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2. **התייעצות** – התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

1.3. **טיפול מחליף ניתוח** – טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

1.4. **ניתוח** – על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: פעולה פולשנית – חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.5. **מרפאה כירורגית פרטית** – מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

1.6. **קופת חולים** – על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.

1.7. **רופא מומחה** – על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.8. **שתל** – על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי 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 החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

2. **מקרה הביטוח:**

מקרה הביטוח הינו 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 למבוטח יש עימו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות כמוגדר להלן, לפי העניין.

בקורות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

- 2.1 החברה תשפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל, רק במקרים הבאים:
 - 2.1.1 שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם החברה;
 - 2.1.2 שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם החברה;
 - 2.1.3 שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא בכיסוי פוליסת הביטוח בחברה, כאשר מימון הניתוח יהיה על ידי השב"ן.
- 2.2 במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח, בשל נסיבות מסויימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן, כהגדרתה בסעיף 5 להלן, או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 2.1 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 למבוטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 2.2 זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.
- במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן בהתאם לניתן בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" ובכפוף לכך שלמבוטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 2.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

3. **הכיסוי הביטוחי**

בקורות מקרה ביטוח ובכפוף להוראות סעיף 2 לעיל, יהיה זכאי המבוטח כדלקמן:

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

- 4 יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 2, 3.2-3.4 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי לנותני 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. **זכאות לברות ביטוח:**

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו ו/או זכאותו של המבוטח בשב"ן מסיבה כלשהי (לעיל ולהלן: "הפסקת החברות בשב"ן") ו/או קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי סעיף 2.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת החברות בשב"ן

או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ברצף ביטוחי ללא כל תקופת אכשרה וללא הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים "מהשקל הראשון" תהא למפרע על פי מועד הפסקת החברות בשב"ן.

5 חריגים:

- 5.1 בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים: מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 5.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 5.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 5.3.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.
- 5.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 5.5 השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג - 2023.
- 5.6 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;
- 5.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שאירע במהלך שירות המבוטח הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.
- 5.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 5.9 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
- 5.10 מקרה ביטוח שאין 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 למעט כאמור בסעיף 2.1.2 לעיל.

6 הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

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

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

7 התחייבות המבוטח

המבוטח נדרש לפעול למימוש מלוא זכויותיו בשב"ן ולשתף לשם כך פעולה עם החברה, וכן להודיע לחברה בהקדם, ככל שניתן, על כל החלטה של השב"ן הרלוונטי לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצעו לגביו על ידי השב"ן.

8 תקופת אכשרה:

- 8.1 תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות הינה בת 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- 8.2 על אף האמור בסעיף 8.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

פרק ז'

ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן לבעלי שב"ן בקופת חולים עם השתתפות עצמית בסך 5,000 ₪

פרק זה יחול על מבוטח שיבחר להיות מבוטח ברובד הרחבה הכולל כיסוי לניתוחים בישראל במסלול ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית

1 הגדרות

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

1.1 בית חולים פרטי:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי 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 התירו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2 התייעצות:

התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

1.3 טיפול מחליף ניתוח:

טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

1.4 מרפאה כירורגית פרטית:

מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

1.5 ניתוח:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

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

1.6 קופת חולים:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.7 רופא מומחה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.8 שתל:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.9 תקופת אכשרה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי 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, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

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 כמוגדר להלן, לפי העניין.

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

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

בקורות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

3.1 החברה תשפה את המבוטח, בשל ניתוח פרטי בישראל, רק במקרים הבאים:

3.1.1 שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.5

להלן, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם החברה;

3.1.2 שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם החברה;

3.1.3 שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא בכיסוי פוליסת הביטוח בחברה, כאשר מיומן הניתוח יהיה על ידי השב"ן.

3.2 במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן, כהגדרתה בסעיף 0 להלן, או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1 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 מיומן 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 3.2 זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

3.3 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן בהתאם לניתן בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 3.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

בקורות מקרה הביטוח ובכפוף להוראות סעיף 3 לעיל, יהיה זכאי המבוטח כדלקמן:

4.1 **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח** ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות (צמוד למדד) אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

- 4.2 **שכר מנתח**; מעבר לזכויות המוקנות במסגרת תכנית השב"ן ובניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.5 להלן.
- 4.3 **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית**; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, מעבר לזכויות המוקנות במסגרת תכנית השב"ן ובניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.5 להלן, 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.
- 4.4 **טיפול מחליף ניתוח**; וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4.5 **השתתפות עצמית בגין ביצוע ניתוח:**

- 4.5.1 בקרות מקרה ביטוח של ביצוע ניתוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח הסדר ניתוח עמם, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המפורטות בסעיפים 4.2 ו- 4.3 לעיל, בניכוי השתתפות עצמית למקרה ביטוח בגובה 5,000 ₪ (צמוד למדד).
- למרות האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית כאמור בגין תשלומים לפי סעיפים 4.2 ו- 4.3 לעיל, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:
- 4.5.1.1 למבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי;
- 4.5.1.2 קיימות למבטח הוצאות רפואיות מעבר לכיסוי שקיבל מהשב"ן (ובלבד שקיבל כיסוי), בגין ביצוע ניתוח שהינו בהסדר בשב"ן.
- 4.5.2 במקרה שבו עלות הניתוח של המבוטח נמוכה מ- 5,000 ₪ (צמוד למדד) על פי הסדר ניתוח שיש למבטח עם רופא ו/או מוסד רפואי, יאפשר המבטח למבטח לבצע את הניתוח על פי עלות הסדר הניתוח שיש למבטח עם אותו רופא ו/או מוסד רפואי, עבור הניתוח של המבוטח.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3, 4.2 ו- 4.3 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי לנותני 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.

5 **זכאות לברות ביטוח**

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו ו/או זכאותו של המבוטח בשב"ן מסיבה כלשהי (לעיל ולהלן: "הפסקת החברות בשב"ן") ו/או קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי סעיף 3.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת החברות בשב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ברצף ביטוחי ללא כל תקופת אכשרה וללא הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים "מהשקל הראשון" תהא למפרע על פי מועד הפסקת החברות בשב"ן.

6 **חריגים**

- בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:**
- 6.1 **מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, 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 אסתטיקה,**

- קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 6.3.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך 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 השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג - 2023.
- 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 באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 6.10 מקרה ביטוח שאין לחברה לגביו הסדר 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, למעט כאמור בסעיף 3.1.2 לעיל.

7 הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

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

לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי.

האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

8 התחייבות המבוטח

המבוטח נדרש לפעול למימוש מלוא זכויותיו בשב"ן ולשתף לשם כך פעולה עם החברה, וכן להודיע לחברה בהקדם, ככל שניתן, על כל החלטה של השב"ן הרלוונטי לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצעו לגביו על ידי השב"ן.

9 שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

- 9.1 פרק זה כפוף לכל התנאים הכלליים.
- 9.2 כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים, יחייב לעניין פרק זה רק אם נכלל במפורש בפרק. במקרה של סתירה בין האמור בפרק זה לבין האמור בפרק אחר של הפוליסה ו/או בתנאים הכלליים, יחייבו לעניין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה הוראות פרק זה.

10 תקופת האכשרה

- 10.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- 10.2 על אף האמור בסעיף 10.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

פרק ח'

שירותים רפואיים אמבולטוריים

פרק זה יחול על מבטח שיבחר להיות מבטח ברובד הרחבה הכולל כיסוי לשירותים רפואיים אמבולטוריים

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **"בדיקות אבחנתיות"** - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב), בארץ או בחו"ל (למעט בדיקות מעבדה הנכללות בסל ההיריון כמפורט להלן), כולל בדיקות רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה הכוללות: אולטרסאונד (U.S.), למעט בדיקת אולטרה סאונד בהריון שמכוסה תחת סל ההיריון כמפורט בסעיף 1.3 להלן, לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T), Capsule, Wireless Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (fMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול.
- 1.2. **"ניתוח גדול"** - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 1.3. **"בדיקות ושירותים להריון"**
- 1.3.1. בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.3.2. בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.3.3. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.4. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.5. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה או דומה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שליה לרבות צ'יפ גנטי.
 - 1.3.6. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
 - 1.3.7. בדיקת אקו לב של העובר.
 - 1.3.8. בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר, כגון NIPT לסוגיה.
 - 1.3.9. שימור דם טבורי.
 - 1.3.10. כל בדיקה אחרת הנדרשת למבטחת במהלך ההריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.
- 1.4. **"בדיקות לסיקור גנטי להוראים לפני, אחרי ו/או במהלך ההריון"** - סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלוס וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
- 1.5. **"מוסד החלמה"**: מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ו/או לאחר אירוע רפואי קשה (אירוע לבבי או אירוע מוחי או מחלת הסרטן) ונמצא בפיקוח רפואי ומוכר ע"י משרד הבריאות. למען הסר ספר מוסד החלמה אינו בית מלון או בית הבראה.
- 1.6. **"פיזיותרפיה/הידרותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ו/או הידרותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

2. מקרה ביטוח

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, הנובע מבעיה רפואית פעילה, אשר יינתנו למבטח שלא בעת אשפוז, אלא כשירות ו/או בדיקה ו/או טיפול בישראל ו/או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח, בין אם כשירות בזכות עצמו ובין אם כשירות נלווה לאחד מפרקי הפוליסה ובין אם באשפוז יום.

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

- 3.1 **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שלוש (3) התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה בשנת ביטוח, ועד לתקרת החזר בסך 1,200 ₪ להתייעצות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות. התייעצות תכלול גם התייעצות אצל גנטיקאי לצורך בירור בעיה רפואית, פרמקולוג ופסיכיאטר וכן התייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי. יובהר, כי סעיף זה לא יכלול זכאות להתייעצות עם רופא נשים/הריון לצורך מעקב הריון שגרתי.
- 3.2 **חוות דעת שניה לבדיקת חלופות טיפוליות בארץ או בחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח בעבור חוות דעת שניה של רופא מומחה לבדיקת חלופות טיפוליות בארץ או בחו"ל ו/או ביצוע מחקר רפואי אישי ממאגרי מידע דיגיטליים, בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, ותוצאות המחקר מצורפים בתקציר כתוב בשפה העברית ע"י רופא ו/או מידען רפואי בכיר. מטרת חוות הדעת או המחקר הרפואי האישי הינה קביעת אבחנה רפואית, או דרך טיפול בבעיה, או בדיקת ממצאים רפואיים, או פענוח של בדיקות רפואיות. גובה השיפוי לא יעלה על ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ו/או המחקר הרפואי האישי ולא יותר מסכום הביטוח המרבי בסך 6,500 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%. במקרים בהם המבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת בחו"ל על ידי רופא מומחה בתחום, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות טיסה ושהייה בחו"ל עד 4,500 ₪.
- 3.3 **חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישפה את המבוטח עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל שניתנה ע"י מומחה בתחום לרבות בדיקות אימונוהיסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת ע"י רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש. אך לא יותר מההוצאות בפועל עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי בסך 5,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.4 **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:** המבטח ישפה את המבוטח עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה עד סכום מרבי של 3,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.5 **בדיקות אבחנתיות:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות ביצוע בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל. סכום הביטוח המרבי לשנת ביטוח יעמוד על 12,000 ₪, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב, המפרטת את הבעיה הרפואית. מובהר כי במידה ותידרש הרדמת המבוטח לצורך ביצוע הבדיקה, תכוסה גם עלות ההרדמה כחלק מתקרת הכיסוי הכוללת על פי סעיף זה.
- 3.6 **בדיקות גנטיות:** בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח, כולל בדיקות גנטיות לאבחון ו/או מניעה מחלה אצל המבוטח על רקע של מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה מחלה. המבטח ישפה את המבוטח לא יותר מסכום של 20,000 ₪ בתקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. בסעיף זה לא יכוסו בדיקות גנומיות או גנטיות המכוסות בפרק התרופות בפוליסה זו.
- 3.7 **טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולי פיזיותרפיה ו/או טיפולי הידרותרפיה במים מתוקים או מלוחים. עד 250 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. ובלבד שהטיפולים בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.
- 3.8 **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 מזוהמים לרבות פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת ולא יותר מהסכום של 8,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.
- 3.9 **טיפולים אונקולוגיים:** המבטח ישפה את המבוטח עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח בארץ או בחו"ל כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה, כימותרפיה, היפרטרמיה, טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס, גלי חום, גלים אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן

מוחי באמצעות novacure, טיפולי הימופילטרציה, טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביד רדיואקטיבי, טיפולים בקריו וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 100,000 ₪ ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע ע"י רופא מומחה בתחום.

3.10 טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה: המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מסכום בסך 4,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה/טיפול לצורך התאמת האביזר או הטיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.11 טיפולי שיקום אחרי ניתוח ו/או תאונה: המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולי שיקום לאחר ניתוח או תאונה ועל פי הוראת רופא לטיפוליים הבאים: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק. עד תקרה של 250 ₪ לטיפול ולא יותר מ-15 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.12 טיפולי פריין לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל: המבטח ישפה את המבוטח/ת ב 80% מהסכום ששילם/ה בפועל, בארץ או בחו"ל, עבור בדיקות ו/או טיפולי פריין להם נדרש המבוטח/ת עקב בעיה רפואית, לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) ו/או הזרעה ו/או שאיבה ו/או הקפאה של ביציות, כולל לצורך שימור ו/או פעולות חודרניות ברחם ו/או או בחצוצרות ו/או פעולות חדרניות באשך, לרבות עלות הקפאה ו/או קבלה של תרומת ביצית ו/או רכישת זרע ו/או השבחת זרע ו/או מיון תאי זרע ו/או הקפאת ו/או רכישת עוברים, וכל טיפול ושירות רפואי לרבות היסטרוסקופיה שתכליתו כניסת המבוטחת להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה, וזאת עד תקרה בסך 25,000 ₪ לכל ילד ועד 2 ילדים. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול. יובהר כי הכיסוי יינתן למי שעובר את הטיפול בגופו. כמו כן, הכיסויים יינתנו למי שמבוטח במסגרת הפוליסה.

3.13 בדיקות מיוחדות לנשים להריון: המבטח ישפה את המבוטחת או אם פונדקאית בתגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל שנעשו ע"י המבוטחת ו/או אם פונדקאית ועד תקרה בסך 5,000 ₪ להריון, וכן בגין ייעוץ גנטי לפני ההריון או במהלכו עד 5,000 ₪ ו/או בגין בדיקות לסיקור גנטי כמוגדר בסעיף 1.4 לעיל שנעשו ע"י המבוטחת ו/או באם פונדקאית, עד תקרה בסך 1,000 ₪. בהריון מרובה עוברים התקרות תהיינה 150% מהתקרות הנקובות לעיל.

3.14 הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה: המבטח ישפה את המבוטחת בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה עד סכום 4,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.15 מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל: המבטח ישפה את המבוטח ב-80% מההוצאה בפועל בגין הבדיקות הרפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות ובתנאי שהפונדקאות נעשתה עפ"י חוק תרומת ביציות תש"ע-2010 וזאת עד תקרה בסך 25,000 ₪ לפונדקאות של ילד אחד ועד שני ילדים בתקופת הביטוח.

3.16 אבחון בבעיות התפתחות של ילדים: המבטח ישפה את המבוטח בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, עד סכום ביטוח של 3,000 ₪ לכל תקופה של 30 חודשים, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.17 טיפולים בבעיות התפתחות של ילדים: המבטח ישפה את המבוטח עבור טיפולים בהתפתחות הילד לילד מבוטח מגיל 3-16 שאובחנו ע"י מומחה לנירולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, פסיכיאטר, בגין בעיות התפתחות, הפרעת קשב וריכוז, הרטבה בילדים. הטיפול יעשה על ידי רופא, פסיכותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוג קליני, ו/או מטפל מוסמך בתחומי הטיפול הבאים: CBT, טיפול בתנועה, באומנות, במוזיקה, ברכיבה טיפולית, הוראה מתקנת, ו/או באמצעות בעלי חיים, ועד 250 ₪ לטיפול ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים בשנה.

3.18 כיסוי לאביזרים רפואיים: המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי כמפורט להלן בכפוף להפניה מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר עד 80% ולא יותר מ-2,000 ₪ לשנת ביטוח. החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar, Agrelief 10), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, חבישות לחץ, פרטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטקונוס, שתל קוכולארי, בניה מיוחדת של נעליים לחולי סוכרת הסובלים ממנק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, תותב לאין אונות, משאבת אינסולין, סד גבס קל.

- 3.19 **רפואה מונעת מגיל 50 ואילך:** המבטח ישפה את המבוטח בעבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, עד 350 ₪ לכל בדיקה עד שלוש בדיקות לתקופת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.20 **הדפסת איברים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים להמחשה, הנדרשים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס. מבוטח ישופה כנגד חשבונית/קבלה בסך של 2000 ₪ 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% בתקופת ביטוח.
- 3.21 **חדר מלח:** המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, ו/או טיפול פוטוטרופי במקרה של פסוריאזיס או מחלות עור אחרות, בכפוף להפניית רופא מומחה ועד 12 טיפולים בשנה ועד סכום של 150 ₪ לטיפול.
- 3.22 **אחות פרטית:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אחות פרטית לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו לאחר אשפוז (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מ 750 ₪ לכל יום ועד 14 ימים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 15% מההוצאה.
- 3.23 **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב- amblyopia:** המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק, בהיות המבוטח במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות 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.
- 3.24 **החלמה לאחר ניתוח גדול או אירוע רפואי קשה או מחלת הסרטן:** המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה כהגדרתו בסעיף 1.5 לעיל בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ו/או אירוע רפואי קשה (אירוע לבבי או אירוע מוחי) ו/או חלה במחלת הסרטן וקיבל טיפול כימותרפי ו/או הקרנות ומממש את זכאותו במוסד החלמה מוכר עם תכנית ייעודית לחולים אונקולוגים או לחולים לאחר אירוע לבבי או אירוע מוחי. המבטח ישתתף במימון עלויות ההחלמה עד 80% מההוצאה בפועל ובלבד שהכיסוי במקרה של ניתוח גדול או במקרה של אירוע רפואי קשה יינתן רק אם השהייה במוסד ההחלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים, עד לסכום של 700 ₪ ליום ועד 14 יום. במקרה של החלמה מסרטן או מאירוע רפואי קשה, רק אם קיימת המלצה טיפולית של רופא להחלמה במוסד ההחלמה ועד לסכום של 700 ₪ לכל יום טיפול ועד 21 ימי טיפול בתקופת הביטוח.
- 3.25 **טיפולים והזרקות למפרקים כגון: אורטוקין, חומצה היאלורונית, סטרואידים, הזרקות PRP וטיפול בגלי הלם או גלים מגנטיים:** המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקות חומרי סיכוך למפרקים ו/או סטרואידים וחומרי הרדמה מקומית לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 3,000 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח, הזכאות תינתן בהתאם לאמור בפרק הניתוחים/מחליפי ניתוח.
- 3.26 **טיפול בהסתיידויות: טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות במפרקים (לרבות בפרקי החוליות), בעצמות (אוסטופיסטים, דורבן) וברקמות הרכות:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיימים). המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור הטיפול עד תקרה של 1,500 ₪ לטיפול ועד 3,000 ₪ לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח הזכאות תינתן בהתאם לאמור בפרק הניתוחים/מחליפי ניתוח.
- 3.27 **טיפול בכאב:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולים הנדרשים להקלה בכאב (לרבות ולא רק כאבי גב פרקים ובלט דיסק), לרבות הזרקות או הזלפות של חומרים נוגדי כאב וסטרואידים לגוף ישירות או תחת אמצעי הדמיה ו/או שימוש באביזרים טכנולוגיים מכל סוג שהוא, לרבות גלי הלם, לייזר, ו/או השתלת קוצב נגד כאב, משאבה להזלפת נוגדי כאב או כל טיפול אחר הנדרש להקלה על הכאב ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הנוירולוגיה או הכאב ומבוצע על ידי רופא

מומחה. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור הטיפול עד תקרה של 1,500 ₪ לטיפול ועד 3,500 ₪ לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי בגין אביזר רפואי המושלם בגופו של המבוטח כגון קוצב נגד כאב או משאבה להזלפת חומרים נוגדי כאב, ישולם החזר בסך של 80% מעלות האביזר ולא יותר מ-3,000 ₪. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח הזכאות תינתן בהתאם לאמור בפרק הניתוחים/מחליפי ניתוח.

3.28 **הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים**

והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי: המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיימים) עד סכום מרבי של 2,500 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת 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 זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח הזכאות תינתן בהתאם לאמור בפרק הניתוחים/מחליפי ניתוח.

3.29 **הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית:** המבטח ישפה את המבוטח, עד סכום מרבי של

2,000 ₪ להזרקה ולא יותר מ-10,000 ₪ לסדרת הזרקות (בגין ההזרקה והחומר המוזרק גם יחד) לתקופת הביטוח 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 זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח הזכאות תינתן בהתאם לאמור בפרק הניתוחים/מחליפי ניתוח.

3.30 **הזרקות לטיפול בהזעת יתר:** המבטח ישפה את המבוטח בעבור עלות הטיפול לרבות החומר

המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיימים) עד סכום מרבי בסך 3,000 ₪ לשנת ביטוח, ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח הזכאות תינתן בהתאם לאמור בפרק הניתוחים/מחליפי ניתוח.

3.31 **קנאביס רפואי-** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בקנאביס רפואי בסך של 1,000 ₪ לחודש

ועד סכום ביטוח מרבי של 25,000 ₪ לכל תקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20%, ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק.

3.32 **ביקור רופא אצל המבוטח -** החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאה הכספית בה נשא המבוטח

עבור הזמנת ביקור רופא לבית המבוטח. זאת עד 200 ₪ לביקור ועד פעמיים (2) בשנת ביטוח.

3.33 **משדר קרדילוגי:** המבטח ישתתף בהוצאות שוטפות למשדר קרדילוגי, לרבות עלות שכירת או

רכישת המשדר האמור במידת הצורך, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למשדר כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, ועד לסך כולל של 4,000 ₪ בתקופת הביטוח.

3.34 **עזרה ראשונה לכאבי שיניים:** עד 150 ₪ לטיפול לאחר השעה 21:00 ועד 07:00 בבוקר בימים א'-ה', או עד 250 ₪ בשבתות וחגים החל מהשעה 14:00 בערב שיש/ערב חג ועד 07:00 בבוקר יום

ראשון/ביום שלאחר צאת החג.

3.35 **טיפול בתא לחץ:** המבטח ישפה את המבוטח בעבור עלות הטיפול בתא לחץ, עד סכום מרבי של

10,000 ₪ לתקופת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20%. המבוטח יהיה זכאי לקבלת הטיפול במקרה בו מצבו הרפואי יחייב טיפול בתא לחץ על פי המלצת רופא מומחה על רקע של פגיעה מוחית, סוכרת, זיהומים, בצקות, נזקי רעלנים, חסימת עורק הרשתית, נמק, ראיה שניזוקה מפגיעה תוך עינית או שמיעה שניזוקה באופן פתאומי ובכפוף לכך שהטיפול בתא לחץ אינו טיפול ניסיוני מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

4. **חריגים מיוחדים**

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

4.1 **בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט בדיקות הריון.**

4.2 **ניתוחים וטיפולים הקשורים בשיניים.**

- 4.3 התאבדות או ניסיון לכך, וכן פגיעה עצמית.
- 4.4 אלכוהוליזם או שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.
- 4.5 טיפול תרופתי מניעתי למבטח שאינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ובכלל זה מוטציה ו/או וריאציה דומה אחרת ו/או טיפול תרופתי מניעתי למבטח שאינו נשא או חולה במחלת הצהבת לסוגיה השונים.
- 4.6 מקרה ביטוח שאירע עקב שירות המבטח בגוף בטחוני (שאינו צבאי) או משטרת.
- 4.7 מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית, או בשל השתתפות המבטח בפעילות משטרתית או מקרה ביטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי לרבות תרגילים/אימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבע, שירות במילואים או צבא סדיר.
- 4.8 מקרה ביטוח שנגרם או הינו תוצאה של סיבוכי הריון ו/או לידה, פריון ו/או עקרות.
- 4.9 מקרה ביטוח שאינו נובע מצורך רפואי לרבות מקרה ביטוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוחי תשבורת (תיקון ראייה) וניתוח להפחתת משקל.
- 4.10 מקרה ביטוח שנגרם עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 4.11 מקרה הביטוח הינו טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים.
- 4.12 מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה אצל המבטח, למעט הכיסוי לרפואה מונעת מגיל 50 ואילך כמפורט בסעיף 3.19 לעיל.
- 4.13 מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקות או טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות באחת או יותר מהמדינות המוכרות. לעניין זה המדינות המוכרות הן – ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- לעניין זה טיפול ניסיוני הינו טיפול רפואי ניסיוני ו/או טיפולים רפואיים הדורשים אישור וועדת הלסינקי ו/או אישור מכל גורם אחר שבא במקום ועדת הלסינקי ו/או אשר ממומנים על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/ הטיפול.

5. תקופת אכשרה

- תקופת האכשרה היא בת 90 יום.
- במקרה של כיסוי הקשור בהריון ו/או גרידה ו/או לידה ו/או טיפולי פריון תהא תקופת אכשרה של 180 יום.
- במקרה של כיסוי הקשור בהתפתחות הילד – תקופת אכשרה של 180 יום.
- למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שאירע מתאונה.

רובד מורחב ב'

פרק ט' שירות לאבחון רפואי מהיר

פרק זה יחול על מבוטח באחד ממסלולי ההרחבה כמפורט ברובד א' ואשר בחר להרחיב את הכיסוי ולרכוש גם רובד הרחבה ב'

פרק זה יספק שירותים כמפורט להלן, ובכפוף לתנאים הכלליים בפוליסה ולהוראות ולסייגים ולחריגים המפורטים להלן. **השירות הניתן על פי פרק זה ניתן על ידי ספק שירות, שאינו החברה, בהתאם לתנאים ולמגבלות המפורטים להלן.**

1. הגדרות

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

1.1 ספק השירות - אנשי הצוות הרפואי, המעבדות, המכונים, האמצעים הטכנולוגיים ועובדי הגוף עימו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בפרק זה.

1.2 המבטח או חברת הביטוח - הראל חברה לביטוח בע"מ.

1.3 מנוי - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא פרק זה, אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בפרק זה.

1.4 ילד - ילד עד גיל 21 (כולל) אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח.

1.5 דף פרטי הביטוח - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לפרק זה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.

1.6 רופא - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973

1.7 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.

1.8 רופא ממיין - רופא מומחה עמו התקשר ספק השירות בקשר למתן השירותים המפורטים בפרק זה.

1.9 מוקד השירות - שירות טלפוני הפעיל בכל ימות השנה (למעט בשבת ובחג, וכן בערבי שבת וחג), עד השעה 19:00, שיפעיל הספק עבור המנויים לשם קבלת השירותים על פי פרק זה. **מספר הטלפון של מוקד השירות של ספק השירות עבור מנויי כיסוי זה הוא: 159-9-50-30-60**

1.10 בדיקות רפואיות אבחנתיות - בדיקות המבוצעות אצל ספק השירות למנוי במסגרת תהליך אבחון המבוצע מכוח פרק זה, כגון בדיקות פיסיולוגיות, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמייה למעט הבדיקות המוחרגות בסעיף 3 להלן.

1.11 תהליך אבחון (Diagnosis) - תהליך רפואי שעובר מנוי כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה, על פי סימנים ותסמינים, באמצעות רופא מומחה ובדיקות רפואיות אבחנתיות.

1.12 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.

1.13. תקופת אכשרה - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי ממועד כניסתו לתוקף של פרק זה לגבי המנוי, ומסתיימת בתום 60 יום ממועד כניסת פרק זה לתוקף לגבי המנוי שבמהלכה לא יהיה זכאי המנוי לקבלת השירותים מכוח פרק זה (למעט שירותים הנדרשים בעקבות תאונה). תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופה שבה הוא מנוי ברצף, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לפרק זה מחדש, בתקופות שירות בלתי רצופות.
הספק לא ייספק שירות כמפורט בפרק זה לפני תום תקופת האכשרה.

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

1.15. המדד - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

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 פרק 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 2.1.1.5, 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, ולאחר מכן יבצע 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 לא תעלה על 180 ₪.

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

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

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

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

2.1.1.6

תהליך אבחון בסיסי

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

2.1.1.7

תהליך אבחון מקיף

במידת הצורך על פי המצב הרפואי של המנוי ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הממין, ובטרם הסתיים תהליך האבחון, יופנה המנוי לבדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות לאלו המפורטות בסעיף 2.1.1.6 לעיל. בדיקות הדמיה: CT, MRI, ממוגרפיה, מיפויים, CT PET, ביופסיות בשד. בדיקות אלו ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות **תוך 3 ימי עבודה.** בדיקות פולשניות אחרות יתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות תוך 7 ימי עבודה. במקרה זה יתייעץ הרופא הממין עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי בנוגע למצב הרפואי של המנוי 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 כולל גם את השירות כאמור בסעיף 2.1.1.6 לעיל).

2.1.1.8 אבחון על ידי רופא מומחה בתחום גניקולוגיה

בנוסף לאמור בסעיפים 02.1.1.6 - 2.1.1.7 לעיל, במקרה של צורך באבחון מצבי תחלואה **בתחום הגניקולוגיה**, הרופא הממין יהיה רופא מומחה בתחום הרלוונטי כמפורט לעיל. ההשתתפות העצמית במקרה זה תהיה כמפורט להלן:
לתהליך אבחון על ידי רופא מומחה בתחום על פי סעיף 2.1.1.6 לעיל: סך של 300 ₪.

לתהליך אבחון על ידי רופא מומחה בתחום על פי סעיף 02.1.1.7

לעיל: סך של 700 ₪ במצטבר. (יובהר כי במקרה זה לא תיגבה

השתתפות עצמית נוספת וסך זה כולל גם את השירות כאמור

בסעיף 2.1.1.6 לעיל).

2.1.1.9 בדיקות עבור ילד מנוי עד גיל 14

למרות האמור בסעיפים 02.1.1.6 - 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 שציג המנוי. **יובהר כי במסגרת פרק 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 שציג המנוי. **על המנוי לשלם**
בגין השירות על פי ס"ק זה השתתפות עצמית
בסך 150 ₪.

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

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

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

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

2.1.1.13 ספק השירות יפעל להשלים את תהליך האבחון וגיוש 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 פרק זה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף 2.1.1 לעיל.

3

חריגים

- 3.1 **השירות לא יכלול שירות רפואי שאינו בדיקות רפואיות אבחנתיות בלבד ולא יכלול בדיקות**
שאינן מבוצעות על ידי ספק השירות.
- 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 פרק זה ללא תאום מראש עם**
מוקד השירות. כן יובהר כי השירותים בגין פרק זה, אינם באים במקום פנייה לחדר מיון
בהתאם לצורך הרפואי.
- 3.7 **השירות לא יכלול בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להיריון/ ו/או לידה, פריין ו/או**
עקרות.
- 3.8 **במסגרת פרק 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 פרק 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 פרק זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות.
4.3	בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי פרק 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 פרק זה או כל חלק מהם שספק השירות לא יהא מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני ספק השירות יפגע, יושהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך אותה תקופה.
4.7	יובהר כי המבטח לא יהא אחראי על הוצאות שהוציא המנוי, החורגות מהשירות המפורט בפרק זה.

5	השתתפות עצמית והפרמיה
5.1	המנוי ישלם השתתפות עצמית כמפורט בסעיפים 22.1.1.1, 2.1.1.6 ו- 2.1.1.7 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 18%. היה ויחול שינוי בשיעור המע"מ, ישתנו סכומים אלה בהתאם.
5.3	במקרה שהמבטח מבוטח בפרק לשירותים רפואיים אמבולטוריים בחברה הכולל כיסוי לקבלת חוות דעת רפואית, יהיה רשאי המבוטח לקבל החזר בגין ההשתתפות העצמית על פי פרק זה, על פי התנאים הנקובים בפרק 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 תוקפה של תכנית השירות
6.1	לעניין תוקפו של פרק זה יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של הפוליסה, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל פרק זה אם יוחלט על ידה 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 הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 90 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.
6.2	ההשתתפות העצמית בגין פרק זה יהיו צמודים למדד הבסיס ויעודכנו אחת לחודש.
6.3	מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של פרק זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על-פי פרק זה. במקרה שהמנוי התחיל בתהליך אבחון נשוא פרק זה לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את התהליך יושלם התהליך עד סופו.

נספח ד' להסכם מיום

כתב התחייבות של בעל הפוליסה ו/או המבוטח
בהתאם לתקנה 3 (א) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות
קבוצתי), 2015

שם בעל הפוליסה: שטראוס גרופ בע"מ

ח.פ:

כתובת:

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

חותמת + חתימה:

בעל הפוליסה