



ההסתדרות

הבית של העובדים בישראל

ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי ההסתדרות

ובני משפחותיהם



פרשקונספט
מומחים לביטוחים קבוצתיים
מקבוצת ד"ר מייזנר



עדרבי ירון
סוכנות לביטוח



30.04.2023

עובדות ועובדים יקרים,

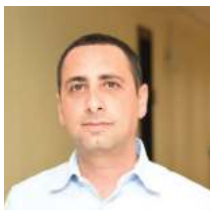
אנחנו, הנהלת ההסתדרות וועד העובדים, גאים להציג בפניכם את פוליסת ביטוח הבריאות המעודכנת לעובדי ההסתדרות.

הפוליסה משפרת את יכולתו של העובד להתמודד כלכלית עם בעיות בריאות כגון השתלות, ניתוחים מסובכים, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ועוד מקרים שאינם מכוסים ע"י שירותי הבריאות וקופות החולים.

השנה, לראשונה, החליט יו"ר ההסתדרות ארנון בר דוד להעניק לכלל עובדי ההסתדרות, ללא יוצא מן הכלל סבסוד מלא לרובד הבסיס הכולל בתוכו ארבעה פרקים (השתלות וניתוחים בארץ ובחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות לרבות תרופות בהתאמה אישית, שיפוי הוצאות בגין מחלה קשה ובדיקות אבחנתיות).

הטבה זו הינה חוליה נוספת בשרשרת ההטבות שההסתדרות מעניקה לעובדיה.

אנו שמחים להעניק הטבה חשובה זו ומאחלים לכם ולבני משפחותיכם בריאות טובה ושלמה.



דודו בצלאל
מנכ"ל ההסתדרות

עובדות ועובדים יקרים "משפחת ההסתדרות" שלום רב,

חודשים ארוכים אנו שוקדים במועצת העובדים, יחד עם הנהלת ההסתדרות על פוליסת ביטוח בריאות חדשה ומשופרת.

כמטרה עליונה לבריאותכם, שידרגנו והרחבנו את סל הכיסויים מתוך חשיבות רבה על הצורך לשמירת איכות חיים בריאה ולעיתים אף להצלת חיים ל"ע."

מדובר בפוליסת ביטוח בריאות חדשה שנחתמה מול חברת "הראל" הכוללת בתוכה כיסויים ביטוחיים מקיפים ואיכותיים מהטובים ביותר הקיימים במשק, אשר מעניקה הגנה וביטחון למקרים רפואיים שאינם מכוסים באופן מלא במסגרת חוק הבריאות הממלכתי ובמסגרת הביטוח המשלים של קופות החולים. אני סמוך ובטוח כי סל הביטוחים החדש ייתן מענה ראוי לצרכים שלנו העובדים, לבני משפחותינו, וכן לפורשים ולגמלאים.

בע"ה כולנו תקווה שלא נאלץ להשתמש בביטוח הבריאות, אך יחד עם זאת כולנו מבינים את נחיצותו ואת חשיבותו.

עובדות ועובדים יקרים!

פוליסת הביטוח החדשה תיכנס לתוקף מתאריך 01 למאי 2023. החל מתאריך זה תינתן אפשרות למשך 90 יום לצירוף בני משפחה ואו להרחבת הכיסוי ללא צורך בחתימה על הצהרת בריאות,

אנא נצלו אפשרות זו לבריאותכם!

בחברת שלפניכם תמצאו את מכלול הכיסויים ופירוטם, אופן הגשת תביעה לרבות סכומי הכיסוי. לנוחיותכם רצ"ב פירוט מתומצת על כיסוי הרבדים:

■ רובד בסיס - (משולם לעובדים באופן מלא כולל גילום מס) כולל.

1. השתלות בארץ ובחו"ל
2. ניתוחים מיוחדים בחו"ל
3. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
4. שיפוי בגין גילוי מחלה
5. בדיקות אבחנתיות

■ רובד הרחבה א ניתוחים

ברובד זה קיימות 2 אופציות לבחירה

1. רובד ניתוחים משלים שב"ן (מחויבים להחזיק בביטוח מושלם של קו"פח)
2. רובד ניתוחים מלא (מהשקל הראשון)

רובד הרחבה ב

1. התייעצות עם רופא מומחה
2. כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל
3. טיפולי פיזיותרפיה
4. בדיקות הריון
5. התפתחות הילד
6. יעוץ פסיכולוגי
7. טיפולים ברפואה משלימה וטיפולים נוספים וחשובים השומרים על איכות חיים



בברכת
בריאות איתנה ואריכות ימים
יעקב כהן
יו"ר מועצת העובדים הארצית

תוכן עניינים

5	..... גילוי נאות
18	..... פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי
18	..... פרק כללי - הגדרות לכל פרקי הפוליסה
33	..... רובד בסיס
33	..... פרק א': השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל
38	..... פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
42	..... פרק ג': שיפוי בגין גילוי מחלה קשה
46	..... פרק ד': בדיקות אבחנתיות
47	..... רובד הרחבה א'
47	..... פרק ה': כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
50	..... פרק ו'1: ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ
53	..... פרק ו'2: ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
57	..... רובד הרחבה ב'
57	..... פרק ז': שירותים אמבולטוריים

גילוי נאות

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

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי הסתדרות העובדים החדשה ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי הסתדרות העובדים הכללית החדשה חברת העובדים השיתופית הכללית בא"י בע"מ מרחבי הסתדרות העובדים הכללית החדשה	
סוג הביטוח רובד בסיס השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות שיפוי בגין גילוי מחלה קשה בדיקות אבחנתיות רובד הרחבה א' ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בארץ כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) רובד הרחבה ב' שירותים אמבולטוריים *בהתאם לרבדים שנרכשו ע"י המבוטח	
תקופת הביטוח 4 שנים, החל מיום 30.4.2023 ועד ליום 30.4.2027.	

תיאור הביטוח

רובד בסיס

השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

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

תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

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

שיפוי בגין מחלה קשה

החזר הוצאות במקרה של גילוי מחלה קשה או אירוע חמור המפורטים בפוליסה.

בדיקות אבחנתיות

החזר עבור בדיקות אבחנתיות שבוצעות באופן פרטי, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית.

רובד הרחבה א'

ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

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

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

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

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

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

רובד הרחבה ב'

ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון: חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים, אבחון וטיפול בבעיות התפתחות הילד ועוד.

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:</p> <p>חריגים כללים לפוליסה - סעיף 14.</p> <p>פרק ב': תרופות מיוחדות - סעיף 4.</p> <p>פרק ד': בדיקות אבחנתיות - סעיף 5.</p> <p>פרק ה': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 3.</p> <p>פרק ו'1: כיסוי לניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 4.</p> <p>פרק ו'2: כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - סעיף 6.</p> <p>באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>
<p>פרק א': השתלוח, סעיף 3.5 - פיצוי בסך 379,098 ₪ למבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה ולא נקבע לו מועד ו/או מקום לביצוע ההשתלה.</p> <p>סעיף 3.6 - פיצוי בסך 379,098 ₪ עבור השתלה שלא במימון החברה בחו"ל. במקרה של ביצוע השתלה בארץ - יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 108,314 ₪.</p> <p>סעיף 3.8 - פיצוי בגובה 10,831 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p>פרק ה': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פיצוי בסך 216,628 ₪ במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.</p> <p>פרק ז': שירותים אמבולטוריים, סעיף 3.15 - פיצוי יומי בגובה 162 ₪ ועד 10 ימים עבור אשפוז שלא כתוצאה מניתוח, לאחר המתנה של 3 ימים.</p>	<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>
<p>פרק ו'1: כיסוי לניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - תקופת אכשרה של 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות.</p> <p>בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p> <p>פרק ו'2: כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), תקופת אכשרה של 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות.</p> <p>בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p> <p>פרק ז': שירותים אמבולטוריים, תקופת אכשרה של 30 ימים, למעט במקרה של תאונה בה לא תהיה תקופת אכשרה. עבור כיסויים: בדיקות ושירותים להריון לרבות סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי, אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון וטיפול הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל - תחול תקופת אכשרה 180 יום.</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹</p>

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

תמצית פרטי הפוליסה

<p>השתתפות עצמית</p> <p>פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, השתתפות עצמית של 271 ₪ למקרה ביטוח לחודש ועד 542 ₪ לאותו החודש. לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ או תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן, ובתנאי שעלות התרופה עולה על גובה השתתפות עצמית.</p> <p><u>סעיף 3.8</u> - השתתפות עצמית של 15% עבור מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא.</p> <p><u>סעיף 3.11</u> - השתתפות עצמית של 20% עבור שימוש בקנאביס רפואי.</p> <p>פרק ג': שיפוי בגין גילוי מחלה קשה, השתתפות עצמית ראשונית בגובה 2,166 ₪ ולאחר מכן השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>פרק ד': בדיקות אבחנתיות - השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>פרק ה': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - השתתפות עצמי של 20% עבור התייעצות ו/או ביקורת בחו"ל לאחר הניתוח.</p> <p>פרק ז': שירותים רפואיים אמבולטוריים, השתתפות של 15% עבור התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח, בדיקות רפואיות אבחנתיות, בדיקות פתולוגיות, הזרקת חומרי סיכוך למפרקים כגון: אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP, טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן), וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חולייתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם.</p> <p>השתתפות עצמית של 40% עבור טיפולי פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים, טיפולים ברפואה משלימה, טיפולי הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל, ייעוץ פסיכולוגי.</p> <p>השתתפות עצמית של 20% עבור מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, התעמלות שיקומית, התעמלות שיקומית</p> <p>שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול, התפתחות הילד, בדיקות ושירותים להריון לרבות סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי, אביזר/ים רפואי, טיפול בתא לחץ.</p> <p>השתתפות עצמית של 25% עבור טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה.</p>	
<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.</p>	<p>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</p>

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח

רובד בסיס - עובדים בני משפחה

הכיסוי הביטוחי	גיל המבוטח	פרמיה	אופן התשלום
רובד בסיסי עובדים	עובדים	42.89	ממומן על ידי בעל הפוליסה (לרבות גילום מס)
רובד בסיסי (*) בני המשפחה	עד גיל 21	11.58	ניכוי משכר
	22-65	42.89	ניכוי משכר
	66 ואילך	246.98	ניכוי משכר

מהילד (עד גיל 22) השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.

רובד הרחבה א' - עובדים בני משפחה

הכיסוי הביטוחי	גיל המבוטח	פרמיה במסלול ניתוחים שב"ן	פרמיה במסלול ניתוחים מה"שקל הראשון"	אופן התשלום
רובד הרחבה א' "ביטוח ניתוחים"	עובדים	59.51	89.27	ניכוי משכר
רובד הרחבה א' "ביטוח ניתוחים" בני משפחה	עד גיל 21	10.12	15.18	ניכוי משכר
	22 - ואילך	63.09	94.64	ניכוי משכר

מהילד (עד גיל 22) השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.

רובד הרחבה ב' - עובדים בני משפחה

הכיסוי הביטוחי	גיל המבוטח	פרמיה	אופן התשלום
רובד הרחבה ב' ביטוח שירותים נוספים אמבולטורי עובדים ובני משפחה	עד גיל 21	20.24	ניכוי משכר
	22-35	76.19	ניכוי משכר
	36 ואילך	49.99	ניכוי משכר

מהילד (עד גיל 22) השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.

רובד בסיס - גמלאים בני משפחה

הכיסוי הביטוחי	גיל המבוטח	פרמיה	אופן התשלום
רובד בסיסי לגמלאים	גמלאים	49.32	אמצעי גבייה אישי
רובד בסיסי לבני המשפחה	בן/ת זוג של גמלאי /ילד בוגר/ חתן/כלה עד גיל 65	49.32	אמצעי גבייה אישי
	בן/ת זוג של גמלאי/ילד בוגר חתן/כלה מגיל 66	284.03	אמצעי גבייה אישי
	ילד עד גיל 21	13.31	אמצעי גבייה אישי

מהילד (עד גיל 22) השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.

תמצית פרטי הפוליסה

רובד הרחבה א' - גמלאים בני משפחה					עלות הביטוח
אופן התשלום	פרמיה במסלול ניתוחים מה"שקל הראשון"	פרמיה במסלול ניתוחים שב"ן	גיל המבוטח	כיסוי הביטוחי	
אמצעי גבייה אישי	102.66	68.44	גמלאים	רובד הרחבה א' "ביטוח ניתוחים" (גמלאים)	
אמצעי גבייה אישי	108.84	72.55	בן/ת זוג/ ילד בוגר מגיל 22	רובד הרחבה א' "ביטוח ניתוחים" (בני משפחה)	
אמצעי גבייה אישי	17.45	11.63	ילד עד גיל 21		
מהילד (עד גיל 22) השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.					
רובד הרחבה ב' - גמלאים בני משפחה					שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח
אופן התשלום	פרמיה	גיל המבוטח	הכיסוי הביטוחי		
אמצעי גבייה אישי	23.27	עד גיל 21	רובד הרחבה ב' ביטוח שירותים נוספים אמבולטורי גמלאים ובני משפחה		
אמצעי גבייה אישי	87.61	22-35			
אמצעי גבייה אישי	57.49	36 ואילך			
מהילד (עד גיל 22) השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה. (צמוד למדד שפורסם ביום 15.4.2023)					
דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת.					
לאחר 24 חודשים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.					

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
רובד בסיס			
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
	<p><u>סעיף 3.1</u> - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p><u>סעיף 3.1</u> - עד לסך של 5,415,689 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p> <p><u>סעיף 3.5</u> - פיצוי חד פעמי בסך 379,098 ₪ במקרה של צורך לבצע השתלה וטרם בוצעה ההשתלה ולא נקבע מועד ו/או מקום לביצוע ההשתלה.</p> <p><u>סעיף 3.6</u> - פיצוי חד פעמי בסך 379,098 ₪ לאחר ביצוע השתלה בחו"ל (למעט השתלת קרנית ומח עצם עצמית).</p> <p>במקרה של ביצוע השתלה בארץ-יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 108,314 ₪.</p>	<p>השתלה לפי <u>סעיף 2.1</u> - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב (תאי גזע), מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית, או הוצאת מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי.</p> <p>בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 365 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד.</p> <p><u>סעיף 3.5</u> - פיצוי חד פעמי במקרה של צורך לבצע השתלה וטרם בוצעה ההשתלה ולא נקבע מועד ו/או מקום לביצוע ההשתלה.</p> <p><u>סעיף 3.6</u> - פיצוי חד פעמי לאחר ביצוע השתלה שלא באמצעות החברה</p>	<p>ביצוע השתלה בחו"ל</p>
	<p><u>סעיף 3.2</u> - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p><u>סעיף 3.2</u> - עד לסך של 1,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p>	<p><u>סעיף 2.4</u> - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.</p>	<p>טיפול רפואי מיוחד בחו"ל</p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
גמלת החלמה	סעיף 3.7 - לאחר ביצוע השתלה. סעיף 3.9 - במקרה של מבוטח הנזקק להשתלה והמרותק למיטתו.	סעיף 3.7 - סכום חודשי בסך 7,582 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים. במקרה של השתלת קרנית או מח עצם עצמי הגמלה תהיה 4,333 ₪ למשך 3 חודשים. סעיף 3.9 - סכום חודשי בסך 3,791 ₪, לתקופה של עד 6 חודשים. במקרה של מבוטח השוהה באשפוז בבית חולים, זכאי לסכום בגובה 50% מהסכום כאמור לעיל.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

תרופות מיוחדות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום או תרופה לפי סעיף 29ג', כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 2,166,626 ₪ למשך 3 שנים.	השתתפות עצמית של 271 ₪ למקרה ביטוח בחודש לא יותר מ-542 ₪ לכל המרשמים לאותו החודש. לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ או תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן, ובתנאי שעלות התרופה עולה על גובה השתתפות עצמית.
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.7 בפרק- שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	עד לסך של 217 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 60 ימים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

שיפוי בגין גילוי מחלה קשה		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) ²
מחלות קשות	סעיף 1 אוטם חריף בשריר הלב, סרטן, שבץ מוחי, תשישות נפש, נכות רפואית מוחלטת ותמידיה בגין נכות בשיעור של 75%, אובדן כושר עבודה, מחלת כבד סופנית (שחמת), פרקינסון, מחלת ריאות חסימתית כרונית, עמילואידוזיס ראשונית, תרדמת, איבוד גפיים, טרשת נפוצה, חירשות, עיוורון, פוליו, ניוון שרירים מסוג ALS, שיתוק, שבץ מוחי, דלקת קרום המוח חיידיקית, דלקת מוח, גידול שפיר של המוח, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, כוויות קשות, אילמות (אובדן יכולת הדיבור), ניתוח מעקפי לב, ניתוח לב פתוח החלפה או תיקון מסתמי לב, קרדיומיופטיה, אי ספיקת כליות כרונית, ניתוח אבי העורקים.	תרדמת- 96 שעות; תשישות נפש - 3 חודשים; שבץ מוחי- 8 שבועות; אובדן דיבור- 6 חודשים; טרשת נפוצה- 2 חודשים; ניוון שרירים - 3 חודשים; דלקת המוח- 3 חודשים.
תגמולי הביטוח	החזר הוצאות עבור טיפולים רפואיים בעקבות גילוי מחלה קשה, עד 64,988 ₪ לאחר השתתפות עצמית ראשונית של 2,166 ₪ ולאחר מכן, השתתפות עצמית של 20%.	

בדיקות אבחנתיות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 2 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 9,748 ₪ לבדיקות אבחנתיות למבוטח לשנת ביטוח.	20% מהעלות או 162 ₪ לכל בדיקה, לפי הגבוה ביניהם. בנוסף, יהיה זכאי המבוטח להחזר הוצאותיו בשיעור 80% ועד ל-640 ₪ עבור חוות דעת נוספת מאת רדיולוג מומחה. למרות האמור, תקרת החזר עבור בדיקה אונקוגנטית ודעת שנייה בגינה תהיה עד לתקרה של 14,622 ₪.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

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

רובד הרחבה א'

ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח במהלך תקופת הביטוח. תנאי מוקדם להתחייבות המבטח הוא כי המבוטח הודיע מראש למבטח על ביצוע הניתוח, המבטח אישר את זכאותו וניתנה לו האפשרות לתאם את הניתוח עם נותן השירות בחו"ל. לעניין סעיף זה "בתיאום עם המבטח" - הודעה מראש למבטח על מקרה הביטוח והתקשרות של המבטח עם נותן שירות בחו"ל, בין אם נותן השירות נמצא בהסדר עם המבטח ובין אם לאו, לצורך הסדרת התשלום, לרבות מתן התחייבות כספית אשר תאפשר קבלת הטיפול במועד.</p> <p>במידה ולא ניתנה הודעה מראש של המבוטח, יקבל שיפוי בגובה 200% מספקי הסכם של המבטח בחו"ל.</p>	<p><u>סעיף 1.1</u> בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות העברה יבשתית תותבות ועוד.</p>	<p>הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל</p>
<p>הוצאות הטיסה והשהייה של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין- שני מלווים) - עד 1300 ש"ח ליום ועד סה"כ 43,326 ש"ח.</p>	<p><u>סעיף 2.1.2</u> בפרק - הוצאות טיסה ושהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 7 ימים.</p>	<p>הוצאות שהייה</p>
<p>כיסוי מלא.</p>	<p><u>סעיף 2.1.3</u> בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל וכתוצאה ישירה מהניתוח.</p>	<p>כיסוי להוצאות הטסת גופה</p>
<p>עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בארץ.</p>	<p><u>סעיף 1.4</u> בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל</p>	<p>טיפול מחליף ניתוח בחו"ל</p>
<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>		<p>הערות</p>

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

רובד הרחבה ב'

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

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	סעיף 3 לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.	כיסוי עד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בפרק.	סעיף 4 - 30 יום, למעט במקרה של בדיקות הקשורות בהיריון, אשפוז כתוצאה מסיבוכי היריון וטיפול הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל - 180 יום.	
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי.	כיסוי עד ל-866 ש"ח להתייעצות ועד סה"כ 4 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.	סעיף 4 - 30 יום.	15% מההוצאה בפועל
חוות דעת רפואית שניה בחו"ל (לאחר חוות דעת ראשונה)	סעיף 3.2 לפרק - החזר בגין חוות דעת בחו"ל, באמצעות נותני שירות שבהסכם עם החברה, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה.	כיסוי עד 5,416 ש"ח לשנת ביטוח.	סעיף 4 - 30 יום.	
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 3.3 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 4,874 ש"ח לבדיקות אבחנתיות למבוטח לשנת ביטוח.	סעיף 4 - 30 יום	15% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים והידרותפיים	סעיף 3.5 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים והידרותפיים לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 12 לשנת ביטוח ובכל מקרה לא יותר מ-162 ש"ח לטיפול למבוטח לשנת ביטוח	סעיף 4 - 30 יום	40% מההוצאה בפועל
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 3.20 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר או סיסי שליה ובדיקות לגילוי גנים נשאים לסיסטיק פיברוזיס, תסמונת איקס שביר, וגושה.	כיסוי עד 5,416 ש"ח לכל הריון ובמקרה של הריון מרובה עוברים התקרה תהיה 7,582 ש"ח. עד 1,625 ש"ח לסיקור גנטי.	סעיף 4 - 180 יום	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ביום 15.4.2023.

⁴תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

מידע נוסף:

סכומים שאינם בערך נקוב: יובהר כי תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב, אם קיימים בפוליסה שברשותך, מבוססים על מחירי הסכם המתעדכנים מעת לעת על פי המפורט באתר החברה. לביורר גובה תגמולי הביטוח האמורים הנכללים בתכנית הביטוח שברשותך, ניתן לפנות למוקד הראל, בטלפון *הראל (2735*) או באתר האינטרנט של החברה שכתובתו <http://www.harel-group.co.il/wps/portal>.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי

פרק כללי - הגדרות לכל פרקי הפוליסה

1. הגדרות:

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הסכם ביטוח זה וכל נספחיו.

- 1.1 "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל הנספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.2 "בעל הפוליסה" - חברת העובדים השיתופית הכללית, וכן הסתדרות העובדים הכללית החדשה, כל אחד לגבי עובדיו.
- 1.3 "הסכם" - הסכם בין המבטח לבעל הפוליסה למתן שירותי ביטוח בריאות לעובדיו ובני משפחותיהם.
- 1.4 "תאריך תחילת הביטוח" / "המועד הקובע" - 30.4.2023.
- 1.5 "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.
- 1.6 "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.7 "בית חולים פרטי" - בית חולים בישראל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי. או בחו"ל, כמוגדר בסעיף 1.3.
- 1.8 "בית חולים מוסכם" - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו-1.4 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.9 "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית בה מבוצעות בדיקות דם, פתולוגיה, ציטולוגיה, גנטיקה או בדיקות רפואיות אחרות.
- 1.10 "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.11 "חו"ל" - כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.12 "הסכם" - הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין המבטח לבין נותן שרות כלשהו בקשר לביטוח זה.
- 1.13 "רופא מומחה" - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום.
- 1.14 "מנתח" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה מנתח.
- 1.15 "מנתח הסכם" - מנתח כמוגדר בסעיף 1.14, אשר שמו מופיע ברשימת המנתחים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.16 "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.17 "ייעוץ לפני ניתוח" - ייעוץ עם רופאים מומחים, כאמור בסעיף 1.13 בעלי תעודת מומחה, הניתן למבוטח בגין צורך בביצוע ניתוח.
- 1.18 "חדר ניתוח" - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.19 "אשפוז" - שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח והקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.

- 1.20. **"אחיות"** - אחיות בעלי תעודות הסמכה של רשות מוסמכת בארץ או בחו"ל.
- 1.21. **"שתל"** - כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושגלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח או פעולה פולשנית אחרת המכוסה בהסכם זה, המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי (כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית המושגלת לצורך רפואי, פרק ירך וכו'), אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, לרבות חומרי סיכוך המזורקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או נאמן למקור המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 1 להלן. ההגדרה של שתל (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס **להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"**. הגדרה זו אינה תקפה על פרקי הניתוחים בארץ.
- 1.22. **"ניתוח חירום"** - ניתוח בלתי צפוי שבוצע במבוטח בדחיפות כאשר קבלתו לבית החולים הייתה דרך חדר המיון.
- 1.23. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.24. **"בדיקות"** - בדיקות חודרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו-אקטיבי ו/או קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה ו/או בדיקות הדמיה, ובתנאי שהן בדיקות עזר לקביעת האבחנה וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוען. או בדיקות המבוצעות לאחר ניתוח במהלך האשפוז.
- 1.25. **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.
- 1.26. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בהסכם ביטוח זה על כל נספחיו, אשר בהתקיימה מקנה למבוטח תגמולי ביטוח.
- 1.27. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצועו מחייב קבלת אישור של וועדת הליסינקי.
- 1.28. **"נותן שירות בהסכם"** - ספק שירות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שירות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שניתן למבוטח, תשלום לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.29. **"בדיקה פתולוגית"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים או את דרך הטיפול המיטבית בחולה או לבחון את מידת יעילות הטיפול שניתן לחולה.
- 1.30. **"יום אשפוז"** - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ-24 שעות.
- 1.31. **"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.
- 1.32. **"המבוטח"** - כהגדרתו בהסכם.
- 1.33. **"שב"ן"** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים כהגדרתו בסעיף 10 לחוק הבריאות.
- 1.34. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.35. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.

- 1.36. **"סוכנות הביטוח"** - סוכנות ביטוח אשר תיבחר על-ידי בעל הפוליסה.
- 1.37. **"קופת חולים"** - כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת הפוליסה ואשר יוכר על-ידי שר הבריאות כקופת חולים והודעה על הכרה זו תפורסם ברשומות, קופות החולים אשר הוכרו על-ידי שר הבריאות והודעה כאמור פורסמה ברשומות ובכלל זה, שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.38. **"ועדת הלסינקי"** - וועדה לפי סעיף 2 לפרק א' להצהרת הלסינקי, הפועלת מכח תקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני-אדם), התשמ"א-1980, והמוסמכת לאשר בין השאר טיפולים ניסיוניים בבני אדם;
- 1.39. **"תקופת אכשרה"** - תקופה כמצוין הכל פרק מפרקי הפוליסה, המתחילה במועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח. מקרה ביטוח אשר אירע במהלך תקופת האכשרה יחשב כאלו אירע לפני מועד תחילת הביטוח.
- 1.40. **"עשרים ותשע (29) ג"** - אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי
- 1.41. **"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"**.
- 1.42. **"מבוטחים קיימים"** - מי שהיו מבוטחים בפוליסה הקודמת ערב כניסה לביטוח החדש.
- 1.43. **"סכום הביטוח / תקרת הכיסוי"** - הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.

2. הצטרפות לביטוח, התחלתו והפסקתו:

- 2.1. תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח זה על כל נספחיו לגבי כל אחד מהמבוטחים, יהיה המאוחר מהסעיפים הבאים:
- (א) עובד חדש - רוברד בסיס - היום בו החל עבודתו אצל בעל הפוליסה. עובד קיים שלא היה מבוטח ברובד הבסיס - מועד תחילת ההסכם.
- (ב) מבוטחים קיימים - ברצף - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- (ג) הצטרפות עובד לרובדי הרחבה ובני משפחה - ככל שהועבר למבטח טופס הצטרפות עד ל-15 בחודש יצורף באותו החודש. העברת טופס הצטרפות בין ה-15 לסוף החודש - יצורף המבוטח בראשון לחודש העוקב.
- (ד) במקרה שבו נדרש מילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות ההסכם, בכפוף לאישור המבטח והמבוטח את תנאי חיתום יחל הביטוח בראשון לחודש העוקב את אישורם.
- 2.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:
- (א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתתף לקבוצת המבוטחים.
- (ב) בתום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף 4 לעיל.
- (ג) ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, מסיבה כלשהיא בתוך 30 יום מיום ההודעה. ביטול הביטוח ע"י העובד/ת יבטל את הביטוח לכל בני המשפחה.

(ד) לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד/ת וכל עוד העובד מבוטח בהסכם - 60 יום לפני הגעת הילד/ה לגיל בוגר ועליית התעריף לפרמיה הנקובה בפוליסה, והוא ימשיך להיות מבוטח במסגרת הביטוח הקולקטיבי כל עוד לא הודיע העובד שהוא לא ימשיך את הביטוח. במידה ובחר העובד/ת שלא להמשיך את הביטוח לילד שהגיע לגיל הקובע כאמור - יוכל להמשיך לביטוח פרט בהתאם לסעיף 7.

(ה) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף להודעת המבטח על כך למבוטח, הודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

2.3. אופן ההצטרפות לביטוח:

2.3.1. מבוטחים קיימים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם שהינם בני משפחה של עובד ברובד בסיס, גמלאים ובני משפחותיהם המבוטחים ברובד הבסיס, וכל המבוטחים ברובד הרחבה א' וברובד הרחבה ב' עד ליום 30.4.2023, יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לענין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת בכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח וזאת עד לתאריך תחילת הביטוח ביום 30.4.2023. ההצטרפות תהיה לרובד הביטוחי בו היו מבוטחים בביטוח הקודם.

2.3.2. עובדים שהינם מבוטחים קיימים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם ברובד הבסיס, יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לענין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

כמועד תחילת הביטוח מבחינתם (בסעיפים 2.3.1, 2.3.2) יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח הקודם. מבוטחים שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות ונקבעו להם החרגות חיתומיות, החרגות אלו יהיו בתוקף 12 חודשים בלבד ממועד הצטרפותו להסכם הקודם לאחר תקופה זו לא תהא בת תוקף כלשהו, ולא תגרור אחריה כל החרגה מאחריות.

2.3.3. מבוטח כאמור יוכל לבטל את פוליסת הביטוח במהלך 60 ימים מיום תחילת הביטוח ובכפוף לקבלת הודעה מהמבטח על חידוש הפוליסה, ולקבל את דמי הביטוח בגין תקופה זו בחזרה והחל מיום זה, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור. ככל שהמבטח הודיע למבוטח זמן קצר מ-60 יום על חידוש הפוליסה, ידחה המועד בו יוכל המבוטח לבטל את הפוליסה בהתאמה.

2.3.4. עובדים אצל בעל הפוליסה שאינם מבוטחים קיימים יצורפו לרובד הבסיס באופן אוברליגטורי במימון בעל הפוליסה כולל גילום שווי המס. בעל הפוליסה מממן עבור כלל העובדים את רובד הבסיס כולל גילום שווי מס.

2.3.5. עובדים קיימים ועובדים שיצורפו להסכם החדש לרובד הבסיס כאמור, יוכלו להרחיב את הביטוח לרובד הרחבה א' ולרובד הרחבה ב' באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום ובלבד שימלאו טופס הצטרפות ויממשו את זכאותם תוך 90 יום תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה, לאחר מועד זה, ההצטרפות תהיה כרוכה במילוי

- הצהרת בריאות וחיתום. יובהר כי ההצטרפות לרובד הרחבה ב', מותנית בהצטרפות לרובד הרחבה א'.
- 2.3.6 עובדים חדשים (שיחלו את עבודתם במהלך תקופת הביטוח) אצל בעל הפוליסה יצורפו לרובד הבסיס באופן אוטומטי מיום תחילת עבודתם ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה.
- 2.3.7 עובדים חדשים יוכלו להרחיב את הביטוח לרובד הרחבה א' ולרובד הרחבה ב' באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום ובלבד שימלאו טופס הצטרפות ויממשו את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו החל העובד לרובד אצל בעל הפוליסה לאחר מועד זה, ההצטרפות תהיה כרוכה במילוי הצהרת בריאות וחיתום. יובהר כי ההצטרפות לרובד הרחבה ב', מותנית בהצטרפות לרובד הבסיס ולרובד הרחבה א'.
- 2.3.8 אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח יצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.
- 2.3.9 עובדים חדשים יוכלו לצרף את בני משפחתם לרובד הבסיס ולרובד הרחבה א' ולרובד הרחבה ב' באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום ובלבד שימלאו טופס הצטרפות ויממשו את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו החל העובד לרובד אצל בעל הפוליסה לאחר מועד זה, ההצטרפות תהיה כרוכה במילוי הצהרת בריאות וחיתום. בכפוף להצטרפות לרובד בסיס ניתן להצטרף לרובד הרחבה א', כפוף להצטרפות לרובד הרחבה א ניתן להצטרף לרובד הרחבה ב'.
- 2.3.10 בני משפחה של עובד קיים או עובד שמצורף לרובד הבסיס יוכלו להצטרף לביטוח באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום ובלבד שימלאו טופס הצטרפות ויממשו את זכאותם תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה, לאחר מועד זה, ההצטרפות תהיה כרוכה במילוי הצהרת בריאות וחיתום. **בכפוף להצטרפות לרובד בסיס ניתן להצטרף לרובד הרחבה א, כפוף להצטרפות לרובד הרחבה א' ניתן להצטרף לרובד הרחבה ב'.**
- 2.3.11 עובד/ת שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/ה בתוך 90 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה.
- 2.3.12 תינוק שנולד למבוטח/ת יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו. חריג מצב רפואי קודם לא יהיה בתוקף למקרה ביטוח הנובע ממום ו/או מחלה מולדים ו/או מקרה ביטוח שהינו תוצאה של סיבוכי הריון ו/או לידה ו/או אירוע שאירע במהלך הלידה. כיסוי זה ינתן גם לילד של עובדת שאינה נשואה (רווקה/ גרושה /אלמנה).
- 2.3.13 מבוטחים אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מפרקי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין מבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 21 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.
- 2.3.14 צירוף בני משפחה של עובד/ת בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד/ת. רובד ביטוחי של בני משפחה יהיה זהה לרובד הביטוחי של העובד/ת. צירוף נכדים של עובד/ת מותנה בביטוח שני הוריו.
- 2.3.15 עובד/ת שנפטרה, ימשיכו בני המשפחה המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות הוראת קבע אישית למבטח.

2.3.16 מצב רפואי קודם לעובדים -

מובהר כי חריג מצב רפואי קודם או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם לא יחול בהצטרפות עובדים לרובד הבסיסי ולא יחול על רובד הרחבה ב פרק ז' (שירותים אמבולטוריים) הזכאים להצטרף לביטוח זה ללא חיתום רפואי.

2.3.17 מובהר בזאת במפורש כי ככל שנדרשת בעת חתימת הסכם זה ממי הממבטחים הסכמה מפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח לפי סעיף 2.3.1 לעיל - יחול האמור בהסכם.

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

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

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

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

3.1.1.1 סעיף 3.1.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

3.1.1.2.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

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

(א) ניתוחים;

(ב) תרופות;

(ג) השתלות;

(ד) מחלות קשות;

(ה) שיניים;

(ו) תאונות אישיות.

4. מבנה הביטוח:

רובד בסיס פרקים א'-ד'	רובד הרחבה א פרקים ה'-ו' שירותים רפואיים נוספים פרק ז'	רובד הרחבה ב' שירותים רפואיים נוספים פרק ז'	
צירוף בהתאם לתקנה ב'5. בכפוף לזכות הביטול כאמור בסעיף 2.3.3	צירוף בהתאם לתקנה ב'5. בכפוף לזכות הביטול כאמור בסעיף 2.3.3	צירוף בהתאם לתקנה ב'5. בכפוף לזכות הביטול כאמור בסעיף 2.3.3	אופן הצטרפות מבוטחים קיימים ברובד בו היו מבוטחים בפוליסה הקודמת עד ליום תחילת הביטוח
צירוף אוטומטי (אובליגטורי)	צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות עובדים מבוטח ראשי
צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות בני/בנות זוג וילדים
צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות ילדים בוגרים

5. תקופת הביטוח:

- 5.1. תקופת הביטוח תהיה 48 חודשים מיום 30.4.2023 ועד ליום 4.202730.
- 5.2. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 5.1 לעיל, ויחולו כל הכיסיים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסיים אלה.
- 5.3. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

6. חובת גילוי - לגבי מבוטח שמצטרף לביטוח ונדרש להצהרת בריאות על פי סעיף 2.3.13 לעיל:

- 6.1. (א) הציג המבוטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.
 - (ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם היתה סבירה בעת כריתת החוזה.
 - (ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של ענין שהוא ידע כי הוא ענין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 6.2. ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה בכוונה לרמות, רשאית החברה, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח.
- 6.3. ביטלה החברה את הפוליסה מכוח סעיף 6.2 לעיל, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.
- 6.4. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח סעיף זה, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח בהפחתת התוספת לפרמיה שהיה המבוטח משלם מעבר לתשלום ששילם כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו, והחברה פטורה כליל בהתקיים תנאים אלו:
 - 6.4.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
 - 6.4.2. מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח בניכוי הוצאות החברה.

- 6.4.3 הנזק שנגרם קשור באופן ישיר לדבר המרמה.
- 6.5 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה.
- 6.5.1 הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.
- 6.5.2 העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.
- 6.6 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבטח פעל בכוונת מרמה.

7. המשכיות בפוליסת פרט:

- 7.1 במקרים המנויים להלן יתאפשר למבוטח לעבור לפוליסת פרט (להלן - "פוליסת המשך"), שלהלן תנאיה:
- 7.1.1 פוליסת המשך תהיה בהיקף כיסויים דומים (אך לא זהים) לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, המקובלות אצל המבטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות המפקח על הביטוח.
- 7.1.2 דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח בפוליסה דומה על פי גיל המבוטח. הנחה בתעריף 15% למשך 3 שנים במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי לכיסויים החופפים ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 7.1.3 האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 7.1, יינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:
- 7.1.3.1 סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;
- 7.1.3.2 הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם;
- 7.1.3.3 פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית
- 7.1.3.4 גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.
- 7.1.4 במקרים המפורטים בסעיף קטן 7.1.3.1-7.1.3.4, תפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר. ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח בכפוף להוראות הסכם זה.
- 7.1.5 על אף האמור לעיל פורשים לגמלאות - מוקנית להם הזכות להמשיך את הביטוח כולל בני משפחה בתנאי הסכם זה בכפוף לתשלום דמי ביטוח הגבוהים ב-15% מתעריך דמי ביטוח הנקוב בהסכם זה.

8. דמי הביטוח:

8.1. להלן דמי הביטוח החודשיים לרובד הבסיסי עבור העובדים ובני משפחותיהם:

הכיסוי הביטוחי	גיל המבוטח	פרמיה	אופן התשלום
רובד בסיסי עובדים	עובדים	42.89	ממומן על ידי בעל הפוליסה (לרבות גילום מס)
רובד בסיסי (*) בני המשפחה	עד גיל 21	11.58	ניכוי משכר
	22-65	42.89	ניכוי משכר
	66 ואילך	246.98	ניכוי משכר

(*) מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה

8.2. להלן דמי הביטוח החודשיים עבור העובדים ובני משפחותיהם ברובד הרחבה א':

הכיסוי הביטוחי	גיל המבוטח	פרמיה במסלול ניתוחים שב"ן	פרמיה במסלול ניתוחים מה"שקל הראשון"	אופן התשלום
רובד הרחבה א' "ביטוח ניתוחים"	עובדים	59.51	89.27	ניכוי משכר
רובד הרחבה א' "ביטוח ניתוחים" בני משפחה	עד גיל 21	10.12	15.18	ניכוי משכר
	22 - ואילך	63.09	94.64	ניכוי משכר

8.3. להלן דמי הביטוח החודשיים עבור העובדים ובני משפחותיהם ברובד הרחבה ב':

הכיסוי הביטוחי	גיל המבוטח	פרמיה	אופן התשלום
רובד הרחבה ב' ביטוח שירותים נוספים אמבולטורי עובדים ובני משפחה	עד גיל 21	20.24	ניכוי משכר
	22-35	76.19	ניכוי משכר
	36 ואילך	49.99	ניכוי משכר

8.4. להלן דמי הביטוח החודשיים עבור הגמלאים ובני משפחותיהם ברובד הבסיסי:

הכיסוי הביטוחי	גיל המבוטח	פרמיה	אופן התשלום
רובד בסיסי לגמלאים	גמלאים	49.32	אמצעי גבייה אישי
רובד בסיסי לבני המשפחה	בן/ת זוג של גמלאי /ילד בוגר/חתן/כלה עד גיל 65	49.32	אמצעי גבייה אישי
	בן/ת זוג של גמלאי/ילד בוגר חתן/כלה מגיל 66	284.03	אמצעי גבייה אישי
	ילד עד גיל 21	13.31	אמצעי גבייה אישי

8.5. להלן דמי הביטוח החודשיים עבור הגמלאים ובני משפחותיהם ברובד הרחבה א':

כיסוי הביטוחי	גיל המבוטח	פרמיה במסלול ניתוחים "שב"	פרמיה במסלול ניתוחים מה"שקל הראשון"	אופן התשלום
רובד הרחבה א' "ביטוח ניתוחים" גמלאים	גמלאים	68.44	102.66	אמצעי גבייה אישי
רובד הרחבה א' "ביטוח ניתוחים" בני משפחה	בן/ת זוג/ ילד בוגר מגיל 22	72.55	108.84	אמצעי גבייה אישי
	ילד עד גיל 21	11.63	17.45	אמצעי גבייה אישי

8.6. להלן דמי הביטוח החודשיים עבור הגמלאים ובני משפחותיהם ברובד הרחבה ב':

הכיסוי הביטוחי	גיל המבוטח	פרמיה	אופן התשלום
רובד הרחבה ב' ביטוח שירותים נוספים אמבולטורי גמלאים ובני משפחה	עד גיל 21	23.27	אמצעי גבייה אישי
	22-35	87.61	אמצעי גבייה אישי
	36 ואילך	57.49	אמצעי גבייה אישי

סעיפים 8.6-8.1 מהילד (עד גיל 22) השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה. דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 40 ביום 10.1.2024, דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 1.1.2024 לפי דמי הביטוח של גיל 40).

8.7. דמי הביטוח וסכומי הביטוח יהיו צמודים למדד המדד הידוע במועד תחילת הפוליסה.

8.8. **התאמת פרמיה:** לאחר 24 מתאריך תחילת הביטוח תיערך בדיקה של נתוני הפוליסה לבחינת הצורך לקיום התאמת פרמיה. התאמת דמי הביטוח ככל שתידרש תבוצע החל מהחודש ה-19 תבוצע בהתאם לנוסח התאמת הפרמיה הקיים בהסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת ובכפוף לכלל דין.

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

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

(1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

(2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

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

- (4) במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

9. תגמולי ביטוח

ישולמו באחת מהדרכים לפי העניין.

- 9.1 בכפוף לאמור בכתב הכיסוי, החברה תשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות או למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן. המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת
- 9.2 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.
- 9.3 נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי התחייבות האמורה תשלם החברה את היתרה לעיזבונו ו/או ליורשיו של המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן על פי צו קיום צוואה ו/או על פי צו ירושה. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 9.4 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 9.5 החברה תנכה מהתשלומים את כל החובות המגיעים לה מהמבוטח בגין פוליסה זו אשר אינם שנויים במחלוקת ובכפוף להוראות הדין.
- 9.6 בכפוף לכל דין, מששילם המבוטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם והייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי שהיה מגיע למבוטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. בכל מקרה של פשרה, ויתור או פעולה אחרת של המבוטח, העלולה לפגוע בזכות שעברה לחברה, המבוטח יקבל את אישור החברה לפשרה. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של החברה כאמור. 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, ובכפוף להודעת המבוטח למבוטח על כך.
- 9.7 הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב - סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:
- 9.7.1 החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.
- בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבוטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

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

- 10.1. מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;
- 10.2. על אף האמור בסעיף 10.1 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 המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
 - (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 10.3. חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 10.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 10.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה- "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור 8.9. לעיל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי, לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- 10.5.1. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 10.5.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות המשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח בהתאם לסעיף 7 לעיל, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 10.5.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה להלן ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית בהתאם לסעיף 7 לעיל.

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

11. ביטול הפוליסה ע"י המבטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

11.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבטח והודיע המבטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, 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.

11.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבטח כאמור בסעיף 3 או בסעיף 8.9 לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין. בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבטח 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 המבטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי; לענין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

למרות האמור, מבטח יהיה רשאי להצטרף חזרה לביטוח גם אם פנה בבקשה להצטרף בתוך 45 יום ממועד חידוש הביטוח. פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2 (1) לתקנות אלו, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבטח.

12. תביעות

12.1. במקרה ונדרש בהתאם לכללים הקבועים בפוליסה אישור מוקדם - על המבטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם, לקבלת הטיפול הרפואי. לא פנה המבטח למבטח לצורך קבלת אישורו, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, היא זכאות המבטח תהיה בהתאם למפורט בפוליסה. האמור לא יחול במקרה שהמבטח פנה למבטח באיחור מסיבות מצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהמבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

12.2. במקרים אחרים יחתום המבטח כתב ויתור על סודיות בהתאם לאמור בטפסי התביעה ולימסר למבטח כל הקבלות (מקור/ העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והמפורטים בטופס התביעה (מסמכים מקוריים או העתק המסמכים המקוריים) הדרושים לחברה לבירור תביעתו. המבטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון לחברת הביטוח.

12.3. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות של המבטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

12.4. בכיסויים שלפיהם זכאי המבטח לקבל החזר של הוצאות רפואיות יהיה המבטח זכאי לקבל מהמבטח לפי דרישתו התחייבות כספית שתאפשר לו לקבל את השירות הרפואי, וזאת על חשבון הכספים שגיעו לו על פי הפוליסה.

12.5. תגמולי ביטוח להם זכאי המבוטח, בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע שאינו מטבע ישראלי - ישולמו במטבע ישראלי המרה במועד החיוב ויוצמדו למדד המחירים לצרכן ממועד תשלומן על-ידי המבוטח ועד למועד תשלום תגמולי הביטוח.

13. בעל הפוליסה ימנה יועץ מלווה. מבלי לגרוע מסמכויות היועץ על פי ההסכם יפעל היועץ במסגרת שירותיו:

13.1. 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,

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

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

13.4. המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידי שולמו של המבוטח.

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

14. חריגים כלליים:

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

14.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במידה ומוגדרת תקופת האכשרה בכל אחד מפרקי הפוליסה.

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

14.3. אלכוהוליזם, שימוש בסמים, (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).

14.4. חשיפה כלשהי לקרינה גרעינית הנגרמת כתוצאה ממיזוג או היתוך גרעיניים.

14.5. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות הקשורים בשיניים או בחניכיים ו/או טיפול שיניים למעט באם הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאותו הוכרה ולמעט ניתוח פה ולסת.

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

14.7. סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:

א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.

ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה ייחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.

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

הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת 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 המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הפרטי או הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים חופפים.

15. הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

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

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

רובד בסיס

פרק א': השתלות בארץ ובחול"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחול"ל

1. מקרה ביטוח:

- 1.1. צורך מתועד במסמכים רפואיים, (המועד הקובע המועד בו נקבע לראשונה, על פי אבחנה ו/או חו"ד רפואית ו/או המלצה מתועדת) לביצוע השתלה, יש קביעה או המלצה מתועדת לפיה על המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי, כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו בארץ או בחול"ל. כיסוי להשתלה בארץ, יינתן ככל שקופת החולים איננה מכסה את ההשתלה עבור המבוטח בארץ.
- 1.2. צורך מתועד במסמכים רפואיים (המועד הקובע המועד בו נקבע לראשונה, על פי אבחנה ו/או חו"ד רפואית ו/או המלצה מתועדת) לביצוע טיפול מיוחד בחול"ל, ויש קביעה או המלצה מתועדת לפיה על המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי, כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

2. הגדרות

- 2.1. **"השתלה" - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב (תאי גזע), מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית, או הוצאת מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחול"ל חוזרים ייחשבו למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה. השתלה של איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים בתנאי מעבדה, תקרא "השתלת איברים שגודלו במעבדה" ותיחשב כמקרה ביטוח על פי תנאי פוליסה זו.**
מובהר כי השימוש במכונת החייה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה עפ"י פרק זה.

2.2. ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

א. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.

ב. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.

ההגדרה של השתלה (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

2.3. "הוצאות מוכרות" - הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחול"ל.

2.4. "טיפול מיוחד בחול"ל" - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחול"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן וזאת על פי אישורו של רופא מומחה, מטעם המבוטח, בתחום הספציפי בו נדרש המבוטח לבצע את הטיפול המיוחד בחול"ל.

1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.

2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחול"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל או סיכויי ההחלמה והתפקוד היומיומי של המבוטח גבוהים מביצועם בארץ.

3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל ביחס לגודל האוכלוסייה במדינה בה מבוצע הטיפול למדינת ישראל.
 4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
 5. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
 6. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 50%.
 7. הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.
- הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע.**
- לא ייכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני או טיפול לא קונבנציונאלי.**
- 2.5. המרכז הלאומי להשתלות - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.

3. התחייבות המבטח:

- בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל עפ"י ההסכם, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין הוצאות המוכרות (הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל), כמפורט להלן:
- 3.1. לעניין להשתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בתיאום עם המבטח, לעניין סעיף זה "בתאום עם המבטח" - הודעה מראש למבטח על מקרה הביטוח והתקשרות של המבטח עם נותן שירות בחו"ל, בין אם נותן השירות נמצא בהסדר עם המבטח ובין אם לאו, לצורך הסדרת התשלום לרבות מתן התחייבות כספית אשר תאפשר קבלת הטיפול במועד. שיפוי מלא. במקרה וההשתלה תבוצע ללא תיאום עם המבטח, תהא חבות המבטח עד תקרה של 5,415,689 ₪ לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח - 2008.
 - 3.2. לטיפול מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין הטיפול המיוחד בחו"ל אשר מבוצע בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. הטיפול המיוחד מבוצע בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי של 1,000,000 ₪.
 - 3.3. השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו-3.2 יהיו בגין הוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:
 - 3.3.1. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנוקק לה המבוטח לפני ביצוע ההשתלה ולרבות כיסוי עלות הטיסות הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה.
 - 3.3.2. הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרישי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
 - 3.3.3. שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;
 - 3.3.4. בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;

- 3.3.5 שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;
- 3.3.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.
- 3.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 100 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 365 ימים לאחר ביצועם.
- 3.4 הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:
- 3.4.1 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד לתקרה של 227,459 ₪
- 3.4.2 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי (LVAD) עד למציאת תורם - עד לתקרה של 1,083,138 ₪
- 3.4.3 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בעלות כרטיס מחלקת עסקים עד 3 נסיעות למקרה ביטוח.
- 3.4.4 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת לתקרה של 108,314 ₪
- 3.4.5 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולשני מלווים, וזאת עד לסך עד לתקרה של 975 ₪ ליום ועד לתקרה של 216,628 ₪.
- 3.4.6 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע או ליעוץ להשתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.7 הוצאות לטיפול המשך הנדרשים למבוטח שנעשים בארץ או בחו"ל הנובעים מביצוע השתלה או טיפול מיוחד המכוסה על פי הסכם זה אשר בוצעה בחו"ל, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי הקשור בהשתלה - עד לתקרה של 200,000 ₪ בגין ביצוע השתלה ועד תקרה של 100,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.
- 3.4.8 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.4.9 תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרה של 162,471 ₪.
- 3.4.10 תשלום בגין מעקב רפואי בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול. עד לתקרה של 32,494 ₪.
- 3.4.11 תשלום עבור הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת להשגת, רישום במאגרים, שימור והעברת האיבר המושטל למקום ביצוע ההשתלה. במקרה של השתלת מח עצם ובכפוף לקרות מקרה הביטוח, ישולמו הוצאות הבדיקות לאיתור תורם מח עצם, הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל וזאת עד 227,459 ₪.
- 3.4.12 כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 3.4.1-3.4.11 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 3.4.4, 3.4.6, 3.4.7 - הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל,

אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה.

3.5. מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה ולא נקבע לו מועד ו/או מקום לביצוע ההשתלה, בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 379,098 ₪ במידה ומבצע את ההשתלה בחו"ל. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבוטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג 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 על פי פרק זה.

3.6. עבר המבוטח את ההשתלה בחו"ל, (למעט השתלת קרנית ומח עצם עצמית) בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה יקבל המבוטח פיצוי חד פעמי בגובה 379,098 ₪. במקרה של ביצוע השתלה בארץ- יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 108,314 ₪. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה על פי פרק זה.

למען הסר ספק, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.5 או 3.6, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו-3.4 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף 3.7 להלן.

3.7. **גמלת החלמה לאחר השתלה:**

עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבוטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי בגובה 7,582 ₪ החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך תקופה של 24 חודשים. במקרה של השתלת קרנית או מח עצם עצמי הגמלה תהיה 4,333 ₪ למשך 3 חודשים.

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

3.8. ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,831 ₪ בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.9. מבוטח אשר נזקק להשתלה ובשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו, יהיה זכאי לקצבה חודשית בסך של 3,791 ₪, וזאת לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-6 חודשים, מבוטח כאמור, אשר שוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל בגין התקופה בה היה מאושפז.

3.10. **טיפול ניסיוני בחו"ל:**

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

3.10.1. עלות איתור המקום בו מבוצע הניסוי העשוי להתאים לצורכי המבוטח, עלות הבדיקות הרפואיות, התרופות הנדרשות, ואשר לא מכוסות על ידי הגורם הממן וזאת עד סכום של 54,157 ₪.

3.10.2. הוצאות ניסוי לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין- שני מלווים.

- 3.10.3. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בעלות כרטיס מחלקת עסקים.
- 3.10.4. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצויד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לתקרה של 108,314 ₪
- 3.10.5. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין- שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 162,470 ₪

פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.2. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לאשר באופן פרטני או כוללני שימוש ו/או יבוא תרופה, וכפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.3. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
- 1.4. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.5. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול את הצורך בטיפול התרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.6. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.7. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.8. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המוטב בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המוטב ורק לגבי הוצאות המוטב שמעבר להשתתפות זו.
- 1.9. **רופא בית חולים** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 1.10. **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.11. **פרסום רשמי** - אחד מהבאים:
 - (1) פרסומי ה-FDA
 - (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
 - (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
 - (4) Drugdex (Micromedex)
 - (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - א) NCCN
 - ב) ASCO
 - ג) NICE
 - ד) ESMO Minimal Recommendation

2. מקרה הביטוח:

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

2.1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (להלן - המדינות המוכרות): ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

2.1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת עפ"י ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי בריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת במדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

2.1.3. תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות המוגדרת כ-OFF LABEL שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

2.1.3.1. פרסומי ה-FDA

2.1.3.2. American Hospital Formulary Service Drug Information

2.1.3.3. US Pharmacopoeia - Drug Information

2.1.3.4. Drugdex (Micromedex)

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

(א) NCCN

(ב) ASCO

(ג) NICE

(ד) ESMO Minimal Recommendation

2.1.4. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

2.1.5. **תרופות לפי סעיף 29g** -רכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות ובתנאי שניתן אישור לשימוש בתרופה על פי תקנה 29 (א) 3 לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו - 1986, ו/או שאושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות ו/או על ידי הרשויות המוסמכות בישראל להתוויה רפואית לטיפול במצבו רפואי כלשהו ובתנאי שהתרופה אינה מתחום הרפואה המשלימה ובכפוף לכך שרופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי, קבע כי התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

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

3. חבות החברה ותגמולי הביטוח:

- 3.1 החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 271 ₪ למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם. במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על 542 ₪ לעניין סעיף זה למקרה ביטוח.
- 3.2 על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ או תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן, ובתנאי שעלות התרופה עולה על גובה השתתפות עצמית.
- 3.3 במקרה וקיבל המבוטח את התרופה משב"ן וישלם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.
- 3.4 מבוטח יפנה לאישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, לחברת הביטוח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל למבוטח ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.
- 3.5 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.
- 3.6 סכום הביטוח המרבי למבוטח שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות בסעיפים 2.1.5-2.1.1 לתקרה של 2,166,626 ₪ למשך 3 שנים. סכום הביטוח מתחדש אחרי 3 שנים
- 3.7 החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד לסכום של 217 ₪ ליום ועד 60 יום.
- 3.8 המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא, בין אם קיימת ובין אם תהיה ידועה בעתיד, על רקמה ביולוגית ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתן סיוע בקבלת החלטה על טיפול למחלה לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המימון המומלץ (להלן: "הבדיקה") ובלבד שהבדיקה כאמור בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. המבטח יישא כאמור בתשלום מלוא עלות הבדיקות הגנומיות ועד לסך של 40,000 ₪ בגין כל מקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 15% מסכום הבדיקות. יודגש, שככל שדו"ח הבדיקה ימליץ על תרופה, אחת או יותר, לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאמור כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה בהתאם לתנאי פרק זה, בין אם היא רשומה להתווייה ובין אם לאו, והכל בהתאם למרשם הרופא.
- 3.9 מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי, אך לאחר תחילת הביטוח ובמהלך תקופת הביטוח חל שינוי במצבו הרפואי ובשל כך הוא נדרש לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.
- 3.10 מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי בגין מצב רפואי שהיה קיים טרם הצטרפותו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח נתגלה אצלו מצב רפואי אחר, המחייב טיפול תרופתי באותה תרופה, יהיה זכאי לכיסוי הטיפול התרופתי למצבו הרפואי החדש ולא יחולו הוראות מצב רפואי קודם.

3.11. **קנאביס רפואי:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שימוש בפועל בקנאביס רפואי במקרה של מחלה אונקולוגית בסך של 1,000 ש"ח לחדש ועד סכום ביטוח מרבי של 25,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח, ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק.

ההגדרות וההוראות בפרק זה נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 - 'הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות'.

4. חריגים מיוחדים:

4.1. בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

4.1.1. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר תכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.

4.1.2. תרופה ניסיונית.

4.1.3. תרופה מתחום רפואה משלימה.

4.1.4. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות.

4.1.5. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

4.1.6. טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים (למעט מצב בו נדרש המבוטח לקבל חיסון לטיפול במחלה פעילה) ו/או תוספי מזון ו/או גמילה מעישון. למען הסר ספק, מובהר כי תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים (להלן: "תוספי מזון") שהצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה, בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח, לא יכללו במסגרת החריגים לפרק זה.

4.1.7. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למוטב בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

4.1.8. טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ובכלל זה מוטציה ו/או וריאציה דומה אחרת ו/או טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת הצהבת לסוגיה השונים.

למען הסר ספק יובהר כי מבוטח שנטל תרופה עקב מצב רפואי מסוים טרם הצטרף לביטוח, ולא היה זכאי לתגמולי ביטוח עקב אותו מצב רפואי, אולם אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי במצבו הבריאותי של המבוטח, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול תרופתי המכוסה על פי פוליסה זו.

5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל:

החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל-183 יום בשנה למעט באם השהייה היא במסגרת ניתוח, ו/או השתלה שמכוסים ע"י המבטח. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

פרק ג': שיפוי בגין גילוי מחלה קשה

המבטח ישפה את המבטוח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה.

1. מקרה הביטוח -

אחד המקרים המפורטים להלן אשר אובחנו לראשונה במבטוח, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, במהלך תקופת הביטוח:

במקרה של סרטן בלבד כאמור בסעיף ב', יכוסה מקרה ביטוח אשר אירע למבטוח בתקופת הביטוח גם במקרה בו היה המבטוח חולה בעבר בסרטן (עפ"י ההגדרה להלן) ובתנאי כי במהלך 5 שנים לפחות מהחלמתו המלאה, דהיינו: כל בדיקות המעקב בתקופה זו היו תקינות ללא עדות של הישנות המחלה.

א. **אוטם חריף בשריר הלב** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך לפחות ע"י שניים מתוך שלושת הקריטריונים הבאים:

1. כאבי חזה אופייניים.

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

3. עלייה ברמת האנזימים ו/או הטרופונין של שריר הלב של שריר הלב לערכים פתולוגיים ו/או בכל דרך אחרת עתידית שתחליף את הבדיקות הביוכימיות.

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

ב. **סרטן (Cancer)** - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול גם לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.

2. מחלות עור מסוג:

(1) Basal Cell Carcinoma-I Hyperkeratosis;

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

(3) מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS.

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

ההגדרה נוסחה באופן שמיטב עם המבטוח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר מפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות 17-1-2015".

ג. **שבץ מוחי (CVA)** - כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי, ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI, הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה.

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

- ה. **נכות רפואית מוחלטת ותמידית בגין נכות בשיעור של 75%** - נכות בשיעור העולה על 75% (על פי המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי- למעט תקנה 15), שנגרמה כתוצאה ממחלה שאינה נמנית על רשימת המחלות או האירועים המוזכרים לעיל, והתגלתה לראשונה בתקופת הביטוח, או כתוצאה מתאונה שאירעה בתקופת הביטוח.
- ו. **אובדן כושר עבודה** - אובדן כושר עבודה כתוצאה ממחלה שהתגלתה לראשונה בתקופת הביטוח, או תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, ושביגין נשללה מהמבוטח היכולת לעסוק בעיסוק או בעבודה בה עסק בטרם קרות מקרה הביטוח לתקופה רצופה העולה על 60 יום, ובהתקיים התנאים המצטברים הבאים:
1. במועד קרות מקרה הביטוח טרם מלאו למבוטח 67 שנים.
 2. המבוטח היה כשיר לעבוד עבודה מלאה בתקופה של 6 חודשים טרם קרות מקרה הביטוח.
- ז. **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Terminal Liver Disease) (Cirrhosis)** - מאופיינת בנוכחות שניים מן הסימנים הבאים:
- 1.1. צהבת;
 - 1.2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
 - 1.3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
 - 1.4. אנצפלופטיה כבדית;
 - 1.5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפרטלי, או היפרספליניזם.
- ח. **פרקינסון (Parkinson's Disease)** - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.
- ט. **מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Lung Disease)** - מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
- 1.1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה, ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה, או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
 - 1.2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ כ"עליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ כ"ע.
- י. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** - מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
- יא. **תרדמת (COMA)** - מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
- יב. **איבוד גפיים (Loss of Limbs)** - איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.
- יג. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיאליניזציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית מאירוע בודד של דמיאליניזציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

- י.ד. **חירשות (Deafness)** - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- טו. **עיוורון (Blindness)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- טז. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)** - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- יז. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** - עדות לפגיעה משולבת בנירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- יח. **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בגפה אחת או שתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
- יט. **שבץ מוחי (CVA)** כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- כ. **דלקת קרום המוח חיידקית (BACTERIAL MENINGITIS)** - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, ויתירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך. הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.
- כא. **דלקת מוח (ENCEPHALITIS)** - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, ויתירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.
- כב. **גידול שפיר של המוח** - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים, המטומות.
- כג. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (RIMARY PULMONARY HYPERTENSION)** - עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, הפירטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
- כד. **כוויות קשות (severe burns)** - כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- כה. **אילמות (אובדן יכולת הדיבור)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- כו. **ניתוח מעקפי לב (CABG)** - ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק, מובהר כי צינתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.
- כז. **ניתוח לב פתוח החלפה או תיקון מסתמי לב Surgery - OPEN HEART** תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.
- כח. **קרדיומיופטיה** - מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

כט. **אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal) Failure** - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או צורך בהשתלת כליה.

ל. **ניתוח אבי העורקים** - ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או תיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן או ביצוע צינתור במקרה של מפרצת באבי העורקים בגודל 5 ס"מ או יותר.

2. זכאות לתגמולי ביטוח

מבוטח אשר לקה לראשונה באחד האירועים או המחלות הנמנות להלן במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות הנדרשות לצורך טיפול במחלתו או לטיפול במצבו הרפואי הנובע ממנה, עפ"י חוות דעת של רופא מומחה אשר הבעיה בתחום מומחיותו, בנוסף לשיפוי או פיצוי להם הוא זכאי עפ"י כל פרק בפוליסה זו, לפי העניין ובהתאם למסלול הביטוח בו הוא מבוטח. מובהר כי יינתן כפל כיסוי בין פרק זה לבין פרקים האחרים בפוליסה זו.

3. **הוצאות רפואיות עפ"י פרק זה יוגדרו - הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, אביזרים רפואיים, התייעצויות ובדיקות רפואיות, טיפולים שיקומיים, הוצאות עבור שירותים**

4. סכום הביטוח

בקרות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל עבור כל הטיפולים הרפואיים כאמור, אותם שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. חבות המבטח הינה לאחר השתתפות עצמית ראשונית בגובה 2,166 ₪ ועד לתקרה של 64,988 ₪ לכל מקרי הביטוח יחד. מובהר כי במקרה והמבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה בגין אחד האירועים ו/או המחלות המנויות, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על 64,988 ₪ לכל מקרי הביטוח.

5. **במקרה של חשד לאחד מהמקרים המפורטים בסעיף מקרה הביטוח, יהיה זכאי המבוטח להתייעצות אחת עם רופא מומחה בתחום הרלונטי" ועד תקרה של 1,083 ₪.**

הזכאות בסעיף זה היא בנוסף לזכאות להתייעצויות עם רופא מומחה כמפורט בפרק ו' להסכם - כיסוי מורחב לניתוחים, פרק ז' שירותים רפואיים נוספים (אמבולטוריים).

6. תום תקופת הביטוח

מובהר בזאת כי תוקף הביטוח על פי פרק זה יסתיים, עבור כל אחד מהמבוטחים, במלאת לו 70 שנה.

פרק ד': בדיקות אבחנתיות

1. מקרה הביטוח:

בדיקות אבחוניות שביצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי ביטוח

המבטח ישתתף עד סכום בגובה 9,748 ש"ח לשנת ביטוח עבור ההוצאות הממשיות בגין בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (U.S.), טומוגרפיה ממוחשבת (c.t.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.), מיפוי PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, בדיקה פתולוגית ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת על-פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח, לרבות לצורך מניעה, או לקביעת דרכי הטיפול בו, לרבות בדיקות גנטיות ובדיקות המבוצעות בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן. כל זאת בתנאי שהבדיקות מבוצעות בבתי חולים ו/או במכון רפואי מוסמך אשר אושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.

3. תנאי לחבות המבטח

חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית בכך שניתנה למבוטח המלצה מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הנבדקת הינה בתחום מומחיותו.

4. השתתפות עצמית

- 4.1. ההשתתפות העצמית של המבוטח הינה בשיעור של 20% מהעלות, או 162 ש"ח לכל בדיקה, לפי הגבוה ביניהם.
- 4.2. בנוסף, יהיה זכאי המבוטח לשיפוי הוצאותיו בשיעור 80% ועד ל-640 ש"ח עבור חוות דעת נוספת מאת רדיולוג מומחה.
- 4.3. למרות האמור, תקרת השיפוי עבור בדיקה אונקוגנטית וחוו"ד דעת שנייה בגינה תהיה עד לתקרה של 14,622 ש"ח.

5. חריגים

מובהר בזאת כי סעיף זה אינו כולל בדיקות לנשים בהריון ובדיקות גנטיות הקשורות בהריון.

רובד הרחבה א'

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

1. הכיסוי הביטוחי:

1.1. מקרה הביטוח:

ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח במהלך תקופת הביטוח. תנאי מוקדם להתחייבות המבטח הוא כי המבוטח הודיע מראש למבטח על ביצוע הניתוח, המבטח אישר את זכאותו וניתנה לו האפשרות לתאם את הניתוח עם נותן השירות בחו"ל. לעניין סעיף זה "בתאום עם המבטח" - הודעה מראש למבטח על מקרה הביטוח והתקשרות של המבטח עם נותן השירות בחו"ל, בין אם נותן השירות נמצא בהסדר עם המבטח ובין אם לאו, לצורך הסדרת התשלום, לרבות מתן התחייבות כספית אשר תאפשר קבלת הטיפול במועד.

במידה ולא ניתנה הודעה מראש של המבוטח, יקבל שיפוי בגובה 200% מספקי הסכם של המבטח בחו"ל.

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

הגדרה של ניתוח (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

1.3. "תחליף ניתוח" - טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק מבוטח, לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: ביצוע הטיפול החלופי יביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהמבוטח נדרש לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, הרופא אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות ספציפית בתחום בו נדרש הטיפול, הרופא המבצע את הטיפול בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) ואשר רשומה כדין בפנקס המרפאות בישראל או בבית חולים או מרפאה בחו"ל. או לחילופין מצב בו נדרש הטיפול הרפואי ורופא מומחה ממליץ למבוטח שלא לבצע ניתוח מסיבות רפואיות או כאשר לא קיים ניתוח המאפשר טיפול במצבו הרפואי של המבוטח והטיפול היחיד האפשרי הוא טיפול בתחליף ניתוח. הגדרה זו אינה תקפה לפרק ניתוח פרטי בארץ.

1.4. ההוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח:

בקרית מוקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח באורח מלא וישיר עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח, וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.

2. הוצאות נלוות:

2.1. בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבטח בגין ביצוע ניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:

2.1.1. כיסוי להוצאות הטסה רפואית:

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד לתקרה של 64,988 ש"ח הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשרות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

2.1.2. כיסוי להוצאות טיסה ושהייה בחו"ל:

במקרה של ניתוח בחו"ל אשר כרוך באשפוז לתקופה של לפחות 7 ימים או במקרה והיה צורך בהטסה רפואית, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של מלווה אחד (במקרה של מבטח קטין - שני מלווים), לכל תקופת האשפוז ואת הוצאות הטיסה של המבטח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה עד לסכום של 1,300 ש"ח לכל יום שהייה, ובסך הכל לא יותר מסכום של 43,326 ש"ח.

2.1.3. כיסוי להוצאות הטסת גופה:

המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 7 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל וכתוצאה ישירה מהניתוח.

2.1.4. כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:

מבטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מומחה מחו"ל לצורך ביצוע הניתוח.

2.1.5. כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח:

בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבטח לאחר הניתוח או הטיפול הרפואי שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות השהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבטח קטין - שני מלווים) לתקופה של עד 30 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, יהיה עד לתקרה של 866 ש"ח למבטח בוגר, ועד סך של 1,300 ש"ח במקרה של מבטח קטין.

- 2.1.6. **פיצוי חד פעמי- בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח:**
 נפטר המבוטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה ע"פ פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) כתוצאה ישירה מביצוע הניתוח האמור, תשלם החברה ליורשיו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצוי חד פעמי בגובה 216,628 ש"ח.
- 2.1.7. **כיסוי להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל לאחר הניתוח:**
 נזקק המבוטח להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל עם הרופא המנתח, ישפה המבטח את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא עבור ההתייעצות ו/או הביקורת בחו"ל עד לסך של 10,000 ש"ח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבוטח זכאי לשתי (2) התייעצויות ו/או ביקורות בחו"ל במהלך השנה לאחר ביצוע הניתוח.

3. חריגים

- 3.1. ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים שנדרש אישור של ועדת הלסינקי לביצועו.
- 3.2. טיפולי כימותרפיה או רדיותרפיה.
- 3.3. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה וטיפולים פארא רפואיים.
- 3.4. הזלפות והזרקות לעור או לתת עור. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה או לאיברים פנימיים לא ייכללו במסגרת חריג זה.
- 3.5. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסתטי לתיקון צלקות לאחר כוויות, תאונות ניתוחים או שברים שנגרמו או בוצעו במהלך תקופת הביטוח כמו גם ניתוח לתיקון חך 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; ניתוח לטיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ זכר ו-148 ס"מ בנקבה.

פרק ו'1: ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

1. הגדרות:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2. שכר מנתח.

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

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

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

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו-3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החדר 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:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

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

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

4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 14.7 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 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. תקופת אכשרה:

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

פרק ו'2: ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

1. הגדרות:

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכונה 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 הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.

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

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

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

4. תגמולי ביטוח:

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

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

בקרות מקרה ביטוח החברה המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

4.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל,

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

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

5. ברות ביטוח:

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

6. חריגים:

- סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.
- החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
 - 6.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
 - 6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 6.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
 - 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
 - 6.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבטח או השתלת לב מלאכותי.
 - 6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 14.7 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר.
- 6.11. ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

7. תקופת אכשרה:

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

רובד הרחבה ב'

פרק ז': שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות אלו הן בנוסף להגדרות הכלליות בפרק המבוא ולהגדרות שלעיל:

- 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), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, כולל אולטרסאונד למעט בדיקת אולטרה סאונד בהריון שמכוסה תחת סל ההיריון כמפורט להלן (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T), Capsule Wireless Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. במקרה שבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי המבוצע בחו"ל. יובהר כי לא יינתן כסיו תחת סעיף זה לבדיקות הריון, אבחון וטיפולים עבור קשב וריכוז.
- 1.2. **"ניתוח גדול"** - ניתוח גדול כהגדרתו במסגרת פרק זה הוא: השתלה, ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 1.3. **"בדיקות ושירותים להריון"** -

1.3.1. סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.

- 1.3.1.1. בדיקת חלבון עוברי.
- 1.3.1.2. בדיקת שקיפות עורפית.
- 1.3.1.3. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
- 1.3.1.4. סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר.
- 1.3.1.5. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שליה.
- 1.3.1.6. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
- 1.3.1.7. בדיקת אקו לב של העובר.
- 1.3.1.8. בדיקת כרומוזומים לשלילת תסמונת דאון וטרזומיה 18.
- 1.3.1.9. כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון עפ"י המלצת רופא מומחה.

1.4. **"בדיקות לסיקור גנטי לפני הריון"** -

סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנוון וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.

2. **מקרה הביטוח** - ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר נתנו או יינתנו למבוטח כשירות ו/או בדיקה ו/או טיפול בישראל ו/או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח, בין אם כשירות בזכות עצמו ובין כשירות נלווה לאחד מפרקי הפוליסה ובין אם באשפוז יום.

3. התחייבות המבטח

שירותי ייעוץ רפואי ובדיקות אמבולטוריות

3.1. התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:

המבטח ישפה את המבטח בגין ארבע התייעצויות או אבחונים בשנת ביטוח אצל רופא מומחה לרבות גנטיקאי ופרמקולוג, גניקולוג מומחה למעקב הריון ורופא מומחה לילדים שאינם מטפלים במבטח. המבטח ישפה את המבטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצויות/יות בכפוף להשתתפות עצמית של 15% ועד לתקרה של 866 ש"ח ליעוץ רפואי ועד 4 התייעצויות רפואיות לשנת ביטוח.

3.2. כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל:

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבטח עבור חוות הדעת עד לתקרה של 5,416 ש"ח בשנת ביטוח. במקרה והמבטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת ישולם בגין הוצאות טיסה ושהייה (עד 7 ימים) עד לתקרה של 4,874 ש"ח בשנת ביטוח.

3.3. בדיקות רפואיות אבחנתיות:

המבטח ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, בעבור עלות ביצוע בדיקות הדמיה כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ועד לתקרה של 4,874 ש"ח לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב לשם אבחון בעיה רפואית.

3.4. כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:

המבטח ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהיסטוכמיות, ציטולוגית, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ועד לתקרה של 4,874 ש"ח למקרה ביטוח, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.5. טיפולי פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים:

המבטח ישפה את המבטח עבור טיפול פיזיותרפי ו/או ההידרותפיה או כל טיפול שיקומי אחר שבוצע ע"י פיזיותרפיסט עד 162 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח 40% השתתפות עצמית ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא אורתופד מומחה.

בדיקות ושירותים אונקולוגיים

3.6. טיפולים אונקולוגיים:

המבטח ישפה את המבטח עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים או גלי קול או גלים מגנטיים או זרם חשמלי לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות קסדת novocure או דומה לה, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים בידו רדיואקטיבי, טיפולים בקריו וטיפולים בקירור למניעה של נשירת שיער וכל טיפול אונקולוגי אחר המוצע על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבטח לרבות החדרת ג'ל להפחתת רמות קרינה באברים סמוכים

והחדרת גרגירי זהב להעלאת רמת הדיוק של הקרינה. כמו גם בדיקות הדמיה עם סומטוסטטין. כמו גם שמירת מח עצם ו/או הקפאת ביציות זרע לשימור אצל חולה אונקולוג. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, עד לתקרה של 108,314 ₪ לשנת ביטוח המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.

שירותים רפואה גנטיים:

3.7. בדיקות פתולוגיות:

בדיקות מעבדה הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או מינון, סוג התרופה, בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה המבטח ישפה את המבוטח לא יותר מסכום של 21,663 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. לא יאושר תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה בדיקת מי שפיר.

שירותים רפואה קרדיולוגיים:

3.8. מנוי לשרותי משדר קרדיולוגי:

המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשרותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניחוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 80% מההוצאות בפועל, עד לתקרה של 195 ₪ לחודש ולמשך 24 חודשים.

3.9. התעמלות שיקומית:

המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר אירוע לב (ניתוח לב, אוטם שריר הלב או צנתור), ניתוח אורטופדי או אירוע רפואי אחר שנדרש התעמלות שיקומית בכפוף להפניית רופא מומחה בתחום. עד 80% מההוצאות בפועל, ועד 217 ₪ לחודש ולמשך תקופה של 18 חודשים למקרה ביטוח.

שירותים רפואה כלליים:

3.10. שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול:

המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם השהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים או לאחר אירוע רפואי בגינו היה מאושפז לפחות 7 ימים וזאת עד 80% מההוצאות בפועל, עד לסכום של 758 ₪ ליום ועד 14 יום.

3.11. טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה:

המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, או העתקן בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ועד לתקרה של 4,333 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.12. 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 בהיות המבוטח מצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי

(C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה ועד לתקרה של 152 ש לטיפול ועד 16 טיפולים בשלוש שנים.

3.13. **אח/ות פרטי/ת:**

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין שכירת שירותי אח/ות פרטי/ת, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח) עד לתקרה של 433 ש ליום ועד 14 ימים למקרה ביטוח.

3.14. **שיקום ההליכה ויציבה:**

המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או אביזר דומה, לטיפול בהפרעה נויורולוגית או אורתופדית הפוגמת ביכולת ההליכה של המבוטח על רקע מרכזי. מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום ועד לתקרה של 7,582 ש לתקופת הביטוח.

3.15. **פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח:**

מבוטח אשר יאושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על ידי המבטח בפיצוי יומי החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 יום ועד 162 ש ליום.

3.16. **הזרקת חומרי סיכוך למפרקים כגון: אורטוקוין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP:**

המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד לסכום של 3,249 ש לשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול יוכר כתחליף לניתוח, הוא ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.17. **טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם:**

המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, בעבור עלות טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות במפרקים או ברקמות הרכות עד לסכום של 3,249 ש לשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול יוכר כתחליף לניתוח, הוא ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

התפתחות הילד

3.18. **טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים:**

המבטח ישפה את המבוטח בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 16-3 הנעשה במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% ועד סכום ביטוח של 2,708 ש לתקופת הביטוח.

המבטח ישפה את המבוטח עבור טיפולים בהתפתחות הילד, לילד מבוטח, בגין בעיות התפתחות שאובחנו ע"י רופא מומחה נויורולוג או רופא מומחה להתפתחות הילד, לילדים מגיל 16-2. טיפול עשה על ידי פסיכותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או טיפולים בתנועה ו/או באומנות ו/או הוראה מתקנת ו/או שחיה טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20% ועד סכום ביטוח 162 ש לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח.

רפואה משלימה וטיפול איכות חיים

3.19. טיפולים ברפואה משלימה:

המבטח ישפה את המבוטח, כנגד קבלות מקוריות או העתקן, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 40% עבור טיפולי רפואה משלימה כמפורט להלן ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא. תחומי הרפואה המשלימה, עפ"י סעיף זה, הנם: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, הרבולוגיה, שיטת פאולה, תזונה, היפנוזה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקרייז, ביו-פיזיק, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת אלכסנדר, פרחי באך, טווינה ורפואה סינית, שיטות נוספות אשר יוצעו ע"י מכונים אשר בבעלות ו/או פועלים במסגרת קופות החולים או בתי חולים או מוכרים על ידם ואושרו ע"י המבטח. עד לתקרה של 130 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח.

הריון ולידה:

3.20. בדיקות ושירותים להריון לרבות סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי:

המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות הריון כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל, ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.4 ובדיקות גנטיות כולל יעוץ גנטי וציפ גנטי בהלך ההיריון או לאחריו, עד לסכום של 5,416 ₪ להריון, במקרה של הריון מרובה עוברים התקרה תהיה 7,582 ₪, 1,625 ₪ לסיקור גנטי.

3.21. אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון:

מבוטחת שאושפזה כתוצאה מסיבוכי הריון או לידה לתקופה העולה על 14 יום תהיה זכאית לפיצוי החל מהיום ה-14 לאשפוז ועד לתקרה של 162 ₪ ליום ועד 5,416 ₪.

3.22. טיפולי הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל:

המבטח ישפה את המבוטח/ת ב-60% מהסכום ששילם בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי הפריה חוץ גופית (I.V.F.) 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 ההקפאה ו/או קבלת תרומת ביצית ו/או זרע ו/או השבת זרע ו/או מיון תאי זרע, למבוטח/ת ו/או בן/בת הזוג להורות וכל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטח/ת ו/או בת הזוג להורות להריון תקין, ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריון בישראל, וזאת עד לתקרה של 16,247 ₪ לילד, במקרה ובוצעה בחו"ל התקרה תהיה 21,663 ₪ פעם אחת בשלוש שנים.

3.23. יעוץ פסיכולוגי:

יעוץ וטיפול פסיכולוגי שניתנו למבוטח במהלך תקופת הביטוח עקב מקרים שאירעו במהלך תקופת הביטוח והמפורטים להלן:

המבטח ישתתף ב-60% מההוצאות עבור טיפולים שניתנו בתקופת הביטוח ע"י רופא פסיכיאטר ו/או פסיכולוג ו/או עובד סוציאלי מורשה בגין האירועים הבאים:

3.23.1. אנורקסיה. בולימיה. התמכרות לסמים. פטירה של בן משפחה, חבר או קרוב. גילוי מחלה קשה (אחת המחלות המנויות בפרסומי המפקח) למבוטח או לבן משפחה או קרוב. צורך בטיפול סיעודי. אובדן כושר עבודה. נכות. תקיפה מינית. אלימות במשפחה. גירושין. אירוע תאונתי, טראומתי. תופעות חרדה או דיכאון. ועד לתקרה של 217 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.

3.24. **אביזרים רפואיים:** המבטח ישתתף בהוצאות המבטוח לאביזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר עד 80% ולא יותר מ-3,249 ₪ למשך 3 שנות ביטוח לכלל מקרי הביטוח בסעיף. החזר לאביזרים הבאים:

מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית/פנימית לשד מכל סיבה רפואית, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות מגע ייעודיות במרשם רופא (פעם בשנה) לסובלים מקרטוקונוס או במצבים של לאחר השתלת קרנית או ריפוי קרנית וכן במקרים של עדשות טוריות המושטלות בנייתוח קטרקט באסטיגמטיזם מעל 2.5 צילינדר. שתל קוכליארי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולים, כולל חולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות ו/או חולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל, משאבת אינסולין.

3.25. **טיפול בתא לחץ** המבטח ישפה את המבטוח בעבור עלות הטיפול בתא לחץ, עד סכום מרבי של 10,000 ₪ לשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20%. המבטוח יהיה זכאי לקבלת הטיפול במקרה בו מצבו הרפואי יחייב טיפול בתא לחץ על פי המלצת רופא מומחה על רקע של מפגיעה מוחית, סוכרת, זיהומים, בצקות, נזקי רעלנים, חסימת עורק הרשתית, נמק, ראייה שניזוקה מפגיעה תוך עינית או שמיעה שניזוקה באופן פתאומי. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבטוח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

4. **תקופת אכשרה לפרק זה:** 30 יום למעט במקרה של תאונה בה לא תהיה תקופת אכשרה. בסעיפים 3.20 - 3.22 תקופת אכשרה 180 יום.

5. הזכאות לתגמולי ביטוח בפרק זה (למעט סעיף 3.3) הינם לאחר מיצוי זכאותו (שיפוי, הנחה או השתתפות) של המבטוח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר ובנוסף להם. תגמולי הביטוח יחושבו מסך ההוצאה של המבטוח לאחר השתתפות השב"ן לדוגמא: עלות התייעצות 1,000 ₪ החזר השב"ן 500 ₪ תגמולי הביטוח 800 ₪ עד 65% מההוצאה בפועל המבטוח יקבל תגמולי ביטוח של 325 ₪. מובהר בזאת במפורש כי, הזכאות לתגמולי ביטוח לפי סעיף 3.3 איננה כפופה למימוש זכאות במסגרת שב"ן, וכל מבטוח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח מבלי שפנה תחילה לשב"ן.

פרטי התקשרות

ירון עדרבי - סוכן הביטוח

03-6870332 📞

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞

052-7544589 וואטסאפ 📞

ניתן להגיע אלינו גם באמצעות הלינק:

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

אבא הלל 3, בית הראל, 📍

ת"ד 10951, רמת גן 5211802

