



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי Cal ובני משפחותיהם

ועד עובדי Cal

משאבי אנוש Cal

עובדות ועובדים יקרים,

אנו שמחים לבשר על חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי, לעובדי כאל ובני משפחותיהם, באמצעות הראל חברה לביטוח בע"מ.

פוליסת הביטוח נכנסה לתוקפה בתאריך 01.08.2025 ועד לתאריך 31.07.2030 (למשך 5 שנים). פוליסת ביטוח הבריאות החדשה ממשיכה את תפיסת הרווחה של החברה והוועד והדאגה לעובדים ומעניקה בטחון ושקט נפשי, במיוחד בעת אירוע רפואי משמעותי.

הפוליסה הותאמה להוראות הרגולטוריות המחייבות והיא כוללת, בין השאר, כיסויים לאירועים רפואיים מורכבים כדוגמת השתלות, טיפולים בחו"ל, תרופות שלא בסל הבריאות, וכן כיסויים לאירועים רפואיים כדוגמת ניתוחים או שירותים רפואיים אמבולטוריים ללא תלות במערכת הציבורית.

פוליסת הביטוח בנויה מ-2 רבדים:

רובד הבסיס, כולל:

- כיסוי להשתלות ולטיפולים מיוחדים בחו"ל
- תרופות שאינן בסל
- ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל
- החזר הוצאות רפואיות במקרה של מחלה קשה
- פרמיית הביטוח לרובד זה, עבור העובדים, תמומן ע"י החברה, כולל גילום שווי המס

רובד הרחבה:

- ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל (3 מסלולים לבחירה)
- שירותים רפואיים אמבולטוריים
- טכנולוגיות מתקדמות
- כתב שירות רפואה משלימה

פתיחת חלון הצטרפות ללא הצהרת בריאות:

החל ממועד חידוש הפוליסה, היינו, מיום 01.08.2025, נפתח, למשך 120 יום, חלון הצטרפות מיוחד, **ללא הצהרת בריאות**, עבור עובדים ובני משפחה שאינם מבוטחים.

זו הזדמנות מיוחדת עבורכם ומומלץ לשקול את אפשרות ההצטרפות לפוליסה. **לתשומת ליבכם, בחלוף 120 יום, ההצטרפות תהיה כפופה להצהרת בריאות.**

****חשוב, עובד אשר יבחר לצרף בני משפחה לפוליסת הביטוח, ילד שלישי (*), ואילך (וכל עוד מבוטחים 3 ילדים מתחת לגיל 30 בפוליסה) יצורף ללא תוספת פרמיה (*ילד = עד גיל 30).**

מדנס סוכנות לביטוח תמשיך ללוות אתכם ולהעמיד את שירותיה לטובת המבוטחים בפוליסה. הנהלת החברה וועד העובדים רואים חשיבות רבה בהמשך שימור תוכנית ביטוח לעובדים, על מנת לאפשר קבלת מענה ומעטפת ביטוחית בעת הצורך. אנו ממליצים לעיין בתנאי הפוליסה המלאים המופיעים בחוברת זו.

אנו מאחלים לכם ולכל משפחתכם בריאות ואריכות ימים.

חברת Cal וועד עובדי Cal

תוכן עניינים

4	גילוי נאות
	נספח א' - פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי
20	עבור עובדי כרטיסי אשראי לישראל בע"מ ובני משפחותיהם
39	הכיסוי הביטוחי - רובד בסיס פרקים א' עד ד' כולל
39	פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
44	פרק ב': תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות
49	פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
53	פרק ד': הוצאות רפואיות במקרה של מחלה קשה (שיפוי)
57	רובד הרחבה
57	פרק ה': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית
61	פרק ו': ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪
66	פרק ז': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
70	פרק ח': שירותים רפואיים אמבולטוריים
75	פרק ט': טכנולוגיות רפואיות מתקדמות
76	פרק י': כתב שירות שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

גילוי נאות

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

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי כרטיסי אשראי לישראל בע"מ ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי כרטיסי אשראי לישראל בע"מ ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	רובד בסיס פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל פרק ב' - תרופות מחוץ לסל הבריאות פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל פרק ד' - הוצאות רפואיות במקרה של מחלה קשה (שיפוי) רובד הרחבה הפרקים שברובד ההרחבה יחולו רק אם המבוטח רכש אותם, תמורת דמי ביטוח נוספים והינם נקובים בדף פרטי הביטוח, ובכפיפות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן. פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית, או פרק ו' - ניתוחים משלים שב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (צמוד למדד), או פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית פרק ח' - שירותים רפואיים אמבולטוריים פרק ט' - טכנולוגיות מתקדמות פרק י' - כתב שירות - שירותי רפואה משלימה *בהתאם לרבדים שנרכשו ע"י המבוטח.
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.8.2025 ועד ליום 31.7.2030.
תיאור הביטוח	רובד בסיס השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה, קצבה חודשית למועמד להשתלה וגמלת החלמה על פי תנאי הפוליסה.

תרופות מחוץ לסל הבריאות

כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות למצבו הרפואי של המבוטח בגין התוויה וכל זאת על פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כמו כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה כמפורט בפרק זה.

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

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

הוצאות רפואיות במקרה של מחלה קשה (שיפוי)

שיפוי בגין מקרה של גילוי מחלה קשה או אירוע חמור המפורטים בפוליסה.

רובד הרחבה

כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן

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

או

ניתוחים משלים שב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (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 ובניכוי השתתפות עצמית למקרה ביטוח בגובה 5,000 ₪ (צמוד).

או

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון

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.

ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, טיפולי שיקום, בדיקות היריון, טיולי התפתחות הילד, טיפולים פיזיותרפיים, אביזרים רפואיים ועוד.

טכנולוגיות מתקדמות

קבלת טיפול רפואי באמצעות טכנולוגיה רפואית אשר ניתנה למבוטח במהלך תקופת הביטוח ובכפוף להפניית רופא רלוונטי בתחום הרפואי מטעם המבוטח.

כתב השירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

אפשרות לבצע טיפולים מתחום הרפואה המשלימה - כגון שיאצו, רפלקסולוגיה, על פי הרשימה המצויינת בכתב השירות. מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לבצע 12 טיפולים בשנת ביטוח.

השירות ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.

תמצית פרטי הפוליסה	
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה) באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, ביתר המקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה - סעיף 17. פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל - סעיף 4. פרק ב' - תרופות מחוץ לסל הבריאות - סעיף 4. פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - סעיף 4. פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית - סעיף 9. פרק ו' - ניתוחים משלים שב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (צמוד למדד) - סעיף 7. פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית - סעיף 4. פרק ט' - טכנולוגיות מתקדמות - סעיף 4. פרק י' - כתב שירות - שירותי רפואה משלימה - סעיף 7. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.	
פרק א' - השתלות, סעיף 3.7.3 - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪, למעט השתלת מח עצם עצמית. סעיף 3.7.4 - מבוטח שמצבו הרפואי מחייב ביצוע השתלה וקיבל אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר יוכל לבחור לקבל פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪, למעט השתלת מח עצם או קרנית. פרק ג': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - פיצוי בסך 150,000 ₪ במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.	גובה הפיצוי הכספי שאקבל
פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית - תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים. פרק ו' - ניתוחים משלים שב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (צמוד למדד) - תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים. פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית - תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים. פרק ח' - שירותים רפואיים אמבולטוריים - תקופת אכשרה של 180 ימים עבור כיסויי ההריון, פונדקאות וטיפולי פוריות. פרק י' - כתב שירות - שירותי רפואה משלימה - תקופת אכשרה של 90 ימים.	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹

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

תמצית פרטי הפוליסה	
השתתפות עצמית פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות, השתתפות עצמית של 300 ₪ לתרופה לחודש. עבור תרופה מיוחדת או מותאמת אישית, תרופת IND ותרופת חמלה - השתתפות עצמית של 500 ₪ לתרופה לחודש. לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪. סעיף 3.4 - השתתפות עצמית של 20% עבור בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - 20% מההוצאה בפועל עבור הוצאות שיקום בישראל עקב ניתוח מורכב, כמפורט בסעיף 3.8 (ג). פרק ד': הוצאות רפואיות במקרה של מחלה קשה (שיפוי) - השתתפות עצמית של 20%. פרק ו': ניתוחים משלים שב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (צמוד למדד). פרק ח': שירותים רפואיים אמבולטוריים, השתתפות עצמית של 20%. עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד ואביזרים רפואיים - השתתפות עצמית של 30%. פרק ט': טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, השתתפות עצמית של 20%. פרק י': כתב שירות רפואה משלימה, השתתפות עצמית כמפורט בפרק.	
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופת החולים חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.	

תמצית פרטי הפוליסה				
עלות הביטוח				
רובד הביטוח	עובד/ת	בן/בת זוג/ילד בוגר	ילד עד גיל 30	
רובד בסיס חובה	29.60 ₪	29.60 ₪	14.50 ₪	
רובד הרחבה רשות הכולל: ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, שירותים אמבולטוריים, טכנולוגיות רפואיות וכתב שירות, אחת מהתוכניות הבאות:	עבור מבוטח עד גיל 50	עבור מבוטח גיל 50 ומעלה	עבור ילד מבוטח עד גיל 30	
ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית	105.00 ₪	123.00 ₪	32.00 ₪	
ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪	99.00 ₪	115.00 ₪	30.00 ₪	
ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית	128.00 ₪	160.00 ₪	37.00 ₪	
ילד שלישי (שגילו עד 29 שנים כולל) ואילך יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח בתא משפחתי הכולל לפחות הורה בגיר אחד ושלושה ילדים (מתחת לגיל 30). (יובהר, פטור מתשלום הפרמיה בגין ילד שלישי לא יחול על ילדים בוגרים מגיל 30 ואילך ולא על נכדים). באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון כנס למחשבון. מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם ביום 15.7.2025.				
לאחר 30 חודשים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.				שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
רובד בסיס			
השתלוח וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתלפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל	השתלה לפי סעיף 1.1.1 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד שחלה ומעי וכל שילוב ביניהם, או השתלה של מח עצם מתורם אחר, שנלקחו מגופו של אדם אחר. השתלה לפי סעיף 1.1.2 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם שנלקח מבעלי חיים. השתלה לפי סעיף 1.1.3 - השתלת מח עצם / או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, דיאליזה, הטסה רפואית טיפולי המשך ועוד. סעיף 3.7.3 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו, למעט השתלת מח עצם עצמית. סעיף 3.7.4 - פיצוי חד פעמי להשתלה למבוטח הזקוק להשתלה ובכפוף לאישור רשמי של המרכז הלאומי להשלות, למעט השתלת מח עצם או קרנית	סעיפים 3.1 ו-3.2 עבור סעיפים 1.1.1-1.1.3 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם להוצאות המפורטות בסעיף 3.5, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6 וכן פיצוי כאמור בסעיף 3.7 או עד לסך של 5,000,000 ₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם עבור ההוצאות המפורטות. וכן כיסוי עד לתקרה להוצאות נוספות כגון: סעיף 3.6.1 - הוצאות בדיקות לאיתור מח עצם, עד 300,000 ₪ סעיף 3.6.2 - הוצאות בשל הערכה רפואית - עד 200,000 ₪ סעיף 3.6.3 - הוצאות טיפולים רפואיים מחוץ לישראל לרבות דיאליזה - עד 250,000 ₪. סעיף 3.6.4 - הטסה רפואית עד 100,000 ₪. אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא. סעיף 3.7.1 - קצבה חודשית למועמד להשתלה כמפורט בתוכנית. סעיף 3.7.3 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתלפות המבוטח בסך 350,000 ₪. סעיף 3.7.4 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתלפות המבוטח בסך 350,000 ₪.	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.2 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 3.3-3.4 עבור סעיף 1.2 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם להוצאות המפורטות בסעיף 3.5.2 עד 3.5.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6.2 עד 3.6.7 או עד לסך של 2,000,000 ₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם, עבור ההוצאות המפורטות.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל	סעיף 3.7.2 - גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה	סעיף 3.7.2 - סכום חודשי בסך 7,000 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים, למעט השתלת מח עצמית. גמלת החלמה במקרה של השתלת מח עצמית שבוצעה בישראל - 3,000 ₪ לתקופה של עד 6 חודשים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

תרופות מחוץ לסל הבריאות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופה שהינה אחת או יותר מהתרופות להלן: תרופה שאיננה כלולה ושהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח. תרופה הכלולה בסל שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפות במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח תרופות OFF LABAL תרופות יתום כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ₪. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	עבור תרופות על פי סעיפים 2.1.1-2.1.4 לפרק זה - 300 ₪, למעט בגין תרופה שעלותה החודשית עולה על סכום של 5,000 ₪ שבהן לא תחול השתתפות עצמית.
תרופה מיוחדת	סעיף 2.1.5 - תרופה מיוחדת	סכום ביטוח מירבי בשל כל מקרי הביטוח על פי סעיף זה הנו עד לסך של 1,000,000 ₪. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	עבור תרופות על פי סעיף 2.1.5 - 500 ₪ למעט בגין תרופה שעלותה החודשית עולה על סכום של 5,000 ₪ שבהן לא תחול השתתפות עצמית.
תרופת IND (Investigational New Drug)	סעיף 2.1.6 - תרופת IND (Investigational New Drug)	סכום ביטוח מירבי בשל כל מקרי הביטוח על פי סעיף זה הנו עד לסך של 300,000 ₪. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	עבור תרופות על פי סעיף 2.1.5 - 500 ₪ למעט בגין תרופה שעלותה החודשית עולה על סכום של 5,000 ₪ שבהן לא תחול השתתפות עצמית.
תרופת חמלה	סעיף 2.1.7 - תרופת חמלה	סכום ביטוח מירבי בשל כל מקרי הביטוח על פי סעיף זה הנו עד לסך של 300,000 ₪. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	עבור תרופות על פי סעיף 2.1.5 - 500 ₪ למעט בגין תרופה שעלותה החודשית עולה על סכום של 5,000 ₪ שבהן לא תחול השתתפות עצמית.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	סעיף 2.2 - ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	סעיף 3.4 - עד 80% מההוצאות ולא עד יותר מ-40,000 ₪ עבור כל מקרה ביטוח. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	20% מההוצאות
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.3 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי או שירות רפואי הכרוך בנטילת תרופה המכוסה בהגדרת מקרה הביטוח	עד לסך של 250 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 60 ימים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל או בטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל	סעיף 3 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, עד לתקרה של 45 ימים, כולל הוצאות חדר ניתוח, שכר הרופא המנתח, עלות הטסט גופה, שתל שהושתל במהלך ניתוח ועוד	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח - שיפוי יינתן שיפוי עד 250% מעלות אותו הניתוח בישראל. הכיסוי כולל החזר הוצאות עבור שתל - עד 80,000 ש.
התייעצות בקשר לניתוח	סעיף 3.7.1-3.7.2 לפרק - שתי התייעצויות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל והתייעצות אחת עם מומחה מחוץ לישראל	עד לסך של 1,200 ש לכל התייעצות עם רופא מומחה בישראל ועד 4,000 ש עבור התייעצות עם רופא מומחה מחוץ לישראל.
הבאת מומחה רפואי לישראל	סעיף 3.7.4 לפרק - הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל	עד 200,000 ש.
הוצאות בשל ניתוח מורכב, שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 5 ימים ברצף לפחות.	סעיף 3.8 לפרק - במקרה של אשפוז בשל ניתוח מורכב יינתן כיסוי בגין הוצאות שהייה מחוץ לישראל, המשך מעקב רפואי מחוץ לישראל עקב הניתוח והוצאות עבור מוסד החלמה	אחות פרטית - עד 8 ימים, מתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח ועד 650 ש ליום. הוצאות החלמה - עד 10 ימים תוך 3 חודשים ממועד הניתוח, ועד לסך של 400 ש ליום. המשך מעקב רפואי בחו"ל - תוך 90 יום מהניתוח ועד לסך של 100,000 ש. עד 16 טיפולי שיקום שיבוצעו בישראל תוך 90 יום מהניתוח, ועד לסך של 250 ש לטיפול ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות הטיפול.
מוות כתוצאה מניתוח	סעיף 3.9 לפרק - פיצוי חד פעמי בגין מוות כתוצאה מניתוח במהלך 14 ימים מיום הניתוח	פיצוי חד פעמי בסך 150,000 ש.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 3.4 בפרק - הוצאות (כמפורט בסעיף) בגין טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל	כיסוי עבור ההוצאות המפורטות בתכנית ועד 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.
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
מחלה קשה	<u>סעיף 2:</u> אי ספיקת כליות סופנית, אי ספיקת כבד פולמינינטית, מחלת כבד כרונית סופנית, השתלת אברים, טרשת נפוצה, פרקינסון, תרדמת, ניוון שרירים מסוג ALS, פגיעה מוחית כתוצאה מתאונה, דלקת מוח דלקת חיידיקית של קרום המוח, מחלת ריאות חסימתית כרונית, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, צפדת, אוטם חריף בשריר הלב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח החלפת מסתמי לב, ניתוח באבי העורקים, שבץ מוחי, סרטן, תסמונת הכשל החיסוני הנרכש, גידול שפיר של המוח, שיתוק, פוליו שיתוק ילדים, איבוד גפיים, עיוורון, חירשות, אילמות, אובדן דיבור, כוויות קשות, עמילואידוזיס ראשונית, קרדיומיופטיה, תשישות נפש.	תרדמת - 96 שעות; תשישות נפש - 3 חודשים; שבץ מוחי - 8 שבועות; אובדן דיבור - 6 חודשים; טרשת נפוצה - 2 חודשים; ניוון שרירים - 3 חודשים; דלקת חיידיקית של קרום המוח - 3 חודשים.
תגמולי הביטוח	החזר עד 10,000 ₪ למקרה ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	

רובד הרחבה הפרקים שברובד ההרחבה יחולו רק אם המבוטח רכש אותם, תמורת דמי ביטוח נוספים והינם נקובים בדף פרטי הביטוח, ובכפיפות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן		
ביטוח לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 4.1 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 4.2-4.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטיון, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 4.4 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.	

ניתוחים משלים שב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (צמוד למדד)		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 4.1 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 4.2-4.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית, מעבר לזכאות בשב"ן ובניכוי השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (צמוד).	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב). ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית בניכוי השתתפות עצמית בתנאים המפורטים, ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 4.4 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.	

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	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.	

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) ³	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	סעיף 2 לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.	כיסוי עד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בפרק.	סעיף 2.26 - במקרה של בדיקות הקשורות בהיריון ו/או פונדקאות ו/או טיפולי פוריות - 180 יום.	
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 2.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה).	כיסוי עד ל-1,050 ₪ להתייעצות ועד סה"כ 4 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 2.3 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי לסך של 7,500 ₪ לכל בדיקה ועד 15,000 ₪ לסך הבדיקות לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות הריון	סעיף 2.5 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות להריון ובדיקות גנטיות	כיסוי עד 4,500 ₪ לכל הריון למבוטחת עבור בדיקות הריון ובדיקות גנטיות, ועד 1,500 ₪ לבדיקות גנטיות למבוטח.	סעיף 2.26 - 180 יום	20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים	סעיף 2.15 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד לשנת ביטוח ובכל מקרה לא יותר מ-152 ₪ לטיפול.		20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

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

טכנולוגיות רפואיות מתקדמות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴	השתתפות עצמית
קבלת טיפול רפואי באמצעות טכנולוגיה רפואית	סעיף 3 לפרק - קבלת טיפול רפואי באמצעות טכנולוגיה רפואית	כיסוי עד ל-30,000 ₪ למקרה ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

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

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ביום 15.7.2025.

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.

לבירור 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.

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

נספח א' - פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי עבור עובדי כרטיסי אשראי לישראל בע"מ ובני משפחותיהם

בין: כרטיסי אשראי לישראל בע"מ

מרח' מצדה 3, בני ברק

ח.פ: 510827678

להלן: "בעל הפוליסה"

מצד אחד

לבין: הראל חברה לביטוח בע"מ

מרח' אבא הילל 3, רמת גן

להלן: "החברה" או "המבטחת"

מצד שני

1. מבוא

- 1.1. הסכם זה הינו הסכם ביטוח כמשמעותו בהוראות חוק חוזה הביטוח, תשמ"א-1981, למתן כיסוי ביטוחי על פי המפורט בו.
- 1.2. המבוא להסכם זה, נספחיו, וכל תוספת או הרחבה לו תהווה חלק מהסכם זה.
- 1.3. האמור בלשון זכר משמעותו גם נקבה ולהיפך, והאמור בלשון יחיד משמעותו גם רבים ולהיפך.
- 1.4. במקרה של סתירה, אי-התאמה ו/או דו-משמעות ו/או אי בהירות בין הוראות ההסכם והפוליסה הקודמים להוראות ההסכם זה ופוליסה זו יגברו הוראות פוליסה זו לטובת המבוטחים הקיימים כהגדרתם בפוליסה זו.
- על אף האמור לעיל, אם הסתירה ו/או הדו - משמעות ו/או אי בהירות, כאמור, מרע ו/או גורע מזכויותיו של המבוטח כהגדרתו להלן ו/או בעל הפוליסה, תחול הפרשנות או השינוי או הסתירה המטיבים עם המבוטח.
- במקרה של סתירה, אי-התאמה ו/או דו-משמעות בין הוראה מהוראות ההסכם זה לרבות נספחיו לבין האמור בהוראות, תקנות ו/או הנחיות המפקח על הביטוח במשרד האוצר, גוברות ההגדרות המופיעות בגוף ההסכם זה לרבות נספחיו, אלא אם הוסכם במפורש ובכתב על ידי הצדדים אחרת. על אף האמור לעיל, אם הסתירה ו/או הדו - משמעות, כאמור, מרע ו/או גורע מזכויותיו של המבוטח כהגדרתו להלן ו/או בעל הפוליסה, תחול הפרשנות או השינוי או הסתירה המטיבים עם המבוטח.

2. הגדרות

- 2.1. בעל הפוליסה - חברת כרטיסי אשראי לישראל בע"מ.
- 2.2. החברה /המבטחת - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 2.3. הסכם הביטוח - חוזה ביטוח זה, שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 2.4. פוליסת ביטוח קודמת /הביטוח הקודם - פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי חברת כרטיסי אשראי לישראל בע"מ ובני משפחותיהם, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה שתחילתה ביום 1.12.2015 וסיומה ביום 31.7.2025 בהראל חברה לביטוח בע"מ.

- למען הסר ספק, כל המבוטחים בפוליסה הקודמת, במועד צירופם, כאמור להלן, יצורפו לפוליסה זו כולל נספחיה ותוספותיה (בכפוף להסכמתם ככל שתידרש בהתאם להוראות הרגולטוריות) ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת, ללא תקופת אכשרה או המתנה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות אם חלה החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת וללא חריג חיתום כלשהו גם אם נקבע לגבי מבוטח מסוים. רצף ביטוח יחול על מבוטח באותו רובד בו היה מבוטח בפוליסה הקודמת גם אם נוספו כיסויים או עודכנו סכומי הכיסוי או היקפם.
- 2.5. מבוטח - עובד/ת, בן/בת זוג, ילד לרבות ילד בוגר בן בת זוגו של ילד בוגר וילדיו אשר הצטרפו לביטוח זה על פי תנאי הפוליסה והסכם הביטוח.
- 2.6. מבוטח קיים - מי שהיה מבוטח בפוליסה הקודמת שנוהלה בהראל עד למועד סיומה ואשר הצטרף לפוליסה זו בהתאם להוראותיה.
- 2.7. עובד קיים - עובד המועסק על ידי בעל הפוליסה בתאריך תחילת ההסכם ושאינו מבוטח.
- 2.8. עובד חדש - עובד שהחל את עבודתו אצל בעל הפוליסה במהלך התקופה לאחר תאריך תחילתו של הסכם זה.
- 2.9. בן/בת זוג - בן זוג /בת זוג של עובד/ת לרבות ידוע/ה בציבור.
- 2.10. ילד - ילד של עובד ו/או ילד של בן/בת זוג, ולרבות ילד מאומץ ו/או חורג אשר במועד צירופו לביטוח טרם מלאו לו 30 שנה.
- 2.11. ילד בוגר - ילד של עובד ו/או ילד של בן/בת זוג, אשר במועד צירופו לביטוח מלאו לו 30 שנים או יותר.
- 2.12. מבוטח חדש - מי שהצטרף לפוליסה זו לראשונה לאחר מועד תחילתו של הסכם זה והוא אינו מבוטח קיים.
- 2.13. המוטב - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה ביטוח המזכה את המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 2.14. מועד תחילת ההסכם - 1.8.2025.
- 2.15. תקופת ההסכם - תקופה כמפורט בסעיף 9 להלן, אשר במהלכה קשורים הצדדים בהסכם ביטוח זה, והחברה חייבת בכיסוי מקרי ביטוח שאירעו בתקופה זו, בכפוף ובהתאם לתנאים הקבועים בהסכם זה.
- 2.16. שנת ביטוח - תקופה של 12 חודשים רצופים אשר תחילתם במועד תחילת ההסכם כאמור בסעיף 2.14 לעיל, והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 2.17. מקרה הביטוח - מערכת עובדות ונסיבות המוגדרת בכל אחד מפרקי הכיסוי, אשר התקיימותה מזכה את המבוטח בזכויות על פי הסכם זה.
- 2.18. דמי ביטוח - הסכום בגין הסכם ביטוח זה המשולם לחברה כקבוע בהסכם ביטוח זה כתמורה לחביוניתה על-פי הסכם זה (הפרמיה).
- 2.19. סכום ביטוח / תגמולי ביטוח - הסכום המרבי שתשלם החברה על פי הסכם ביטוח זה בגין כל אחד מהכיסויים המפורטים בו, בקרות מקרה ביטוח למבוטח.
- 2.20. השתתפות עצמית - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הסכם ביטוח זה. יובהר, תגמולי הביטוח שתשלם החברה הינם רק בעבור הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות העצמית הקבועה, אם קבועה. לא צוינה השתתפות עצמית לכיסוי מסוים, לא תחול השתתפות עצמית כלשהי לכיסוי זה, ותגמולי הביטוח ישולמו במלואם.
- 2.21. חיתום - תהליך בחינה וקבלת החלטה המבוצע על-ידי החברה, על-פי מידע שמסר לה המבוטח בנוגע למצבו הרפואי, ולפיו קובעת החברה את תנאי קבלתו / דחייתו של המבוטח להסכם ביטוח זה.
- 2.22. רובד בסיס - תנאי הכיסוי כאמור בפרק א' עד פרק ד' כולל.

- 2.23. רובד הרחבה ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל ושירותים אמבולטוריים - תנאי הכיסוי כאמור בפרק ה' או פרק ו' או פרק ז' ותנאי הכיסוי כאמור בפרק ח' עד י' כולל.
- 2.24. ביטוח קודם/אחר - פוליסת ביטוח בריאות אחרת הנמצאת ברשות המבוטח במועד הצטרפותו להסכם זה בין אם נערכה במסגרת פרט או בין אם נערכה במסגרת קבוצתית.
- 2.25. תקופת אכשרה - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לפוליסה זו והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי (ככל שצוינה), שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח תכנית הביטוח שאליה הצטרף; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 2.26. רופא מומחה בישראל - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 2.27. ניתוח - פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה מניעת מחלה ו/או פגיעה ו/או אבחון ו/או טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות, או סתימה או היצרות, אצל המבוטח.
- במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולות המתבצעות באמצעות קרן לייזר ו/או קרינה ו/או גלי קול ו/או גלי רדיו ו/או גלים אלקטרומגנטיים ו/או חימום ו/או בכל אמצעי אחר, המבוצעות למניעה ו/או לאבחון ו/או לטיפול, לרבות הראית אברים פנימיים, הדמיה מגנטית, ו/או אבחון ו/או תיקון ו/או טיפול בדרך אנדוסקופיה (כדוגמת לפרוסקופיה, היסטוסקופיה, ארטרוסקופיה וכיו"ב), צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה או הסתיידויות (calcification), יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית.
- 2.28. שתל - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך, דיפיברילטור, עצמימי שמע, משתלים מפרשי תרופות, לרבות חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי. כשתל ייחשב גם כל אביזר בין אם מורכב בגופו של המבוטח באופן קבוע ובין אם באופן זמני, במהלך הניתוח ו/או בסמוך לו (לפניו או לאחריו, כחלק בלתי נפרד מההלך הניתוח).
- למען הסר ספק, במקרים בהם בביצוע פרוצדורה רפואית המכוסה על פי הסכם זה קיימת אפשרות בחירה בין שתלים שונים, אשר יש בהם כדי להשיג תוצאות שונות למבוטח (להחלמתו, לטיפול בו או לכל צורך אחר), תהא בחירת המבוטח ו/או הרופא מטעמו הבחירה הקבועת. לחברה אין ולא תהיה סמכות להגביל את חופש בחירתו של המבוטח בשתל זה או אחר מכל סיבה שהיא, למעט תקרות הכיסוי המפורטות בהסכם זה, אם מפורטות.
- 2.29. המדינות המוכרות - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, יפן, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).
- 2.30. בית חולים - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, שאינו סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- 2.31. בית חולים פרטי - בית חולים בישראל או בחו"ל, כמוגדר בסעיף 2.29 לעיל שאינו בבעלות המדינה ו/או רשות עירונית. כמו כן יחשב כבית חולים פרטי גם בית חולים ציבורי, אשר על פי חוק, ניתן במסגרתו שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן), כולל בית חולים ציבורי אשר מבצע פעילות רפואית פרטית במסגרת מוסדרת.

- 2.32. בית חולים בהסכם - בית חולים כמוגדר בסעיפים 2.30 ו-2.31 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 2.33. בית חולים אחר - בית חולים כמוגדר בסעיפים 2.30 ו-2.31 לעיל שאינו בית חולים בהסכם עם המבטח.
- 2.34. מנתח - רופא מומחה כהגדרתו לעיל, המורשה על פי הסמכתו לנתח.
- 2.35. מנתח הסכם - מנתח כהגדרתו לעיל הקשור בהסכם עם החברה.
- 2.36. מנתח אחר - מנתח כהגדרתו לעיל אשר אינו בהסכם עם החברה.
- 2.37. מרדים - רופא מומחה כהגדרתו לעיל, המורשה על פי הסמכתו לשמש כרופא מרדים.
- 2.38. אח / אחות - אח מוסמך על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא פועל.
- 2.39. אשפוז - שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום) יחשב כאשפוז לכל דבר.
- 2.40. חדר ניתוח - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לביצוע הפעולה הרפואית הנדרשת.
- 2.41. בדיקה פתולוגית / פתולוגיה - בדיקה לחקר הגורמים להפרעה בתפקוד הגוף, המבוצעת ע"י אחת או יותר מהבדיקות פיסיולוגיות, היסטולוגיות, מיקרוביולוגיות, אימונולוגיות, ביוכימיות ואחרות.
- 2.42. בדיקת הדמייה / הדמייה - שימוש בטכנולוגיה, באביזרים ובתהליכים לצורך הראיית איברים פנימיים של גוף האדם לצורכי אבחון ו/או טיפול רפואי, לרבות רנטגן, CT, MRI וכל טכנולוגיה אחרת או מכשיר אחר.
- 2.43. בדיקות מעבדה - בדיקה לחקר הגורמים להפרעה בתפקוד הגוף, המבוצעת ע"י נטילת דגימה מגופו של המבוטח ובחינתה במעבדה, לרבות בדיקות דם, בדיקות שתן, בדיקות צואה ובדיקות נוספות.
- 2.44. בדיקות רפואיות - בדיקות המבוצעות לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו או לצורך רפואי אחר הנקבע על ידי רופא, בין היתר בדיקות מעבדה, בדיקות הדמייה, בדיקות פתולוגיות ובדיקות נוספות כגון EEG, EMG, א.ק.ג. וכל בדיקה אחרת.
- 2.45. הטסה רפואית - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס ייעודי, בליווי צוות ו/או ציוד רפואי המותאם למצבו הרפואי של המבוטח.
- 2.46. נותן שרות - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שניתן למבוטח, תשלום לו ישירות על ידי המבטח.
- 2.47. סייג בשל מצב רפואי קודם - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או המפחית את חבות החברה או את היקף הכסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.48. מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות כמוגדר בכל פרק מפרקי הביטוח, שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח לרבות בשל מחלה או תאונה לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית שתועדה, או בהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 2.49. קופת חולים - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם; להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.

- 2.50. שירותי בריאות נוספים (שב"ן) - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות שעל פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 2.51. ישראל - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
- 2.52. חו"ל - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 2.53. חוק הבריאות - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד, והתקנות מכוחו.
- 2.54. סל שירותי הבריאות - סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק הבריאות.
- 2.55. ההסכם הקודם - חוזה ביטוח שבין בעל הפוליסה לבין הראל חברה לביטוח מיום 01.09.2012.
- 2.56. מדד - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 2.57. מדד הבסיס - המדד הידוע במועד תחילת ההסכם כהגדרתו בסעיף 2.14 לעיל.
- 2.58. המפקח - המפקח על הביטוח - הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר.

3. תוקף הביטוח

- הביטוח על פי הסכם זה יכנס לתוקפו בתאריך תחילת הביטוח ובכפוף לתנאים הבאים:
- 3.1. הועבר לחברה קובץ נתוני המבוטחים הכולל פרטים אישיים (שמות המבוטחים, מספרי זהות, תאריכי לידה, תאריך ההצטרפות לביטוח ודמי הביטוח המשולמים בגינם).
- 3.2. בעל הפוליסה מסר לחברה מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה. מובהר כי קובץ נתוני המבוטחים כמפורט לעיל מהווה את המידע בהיקף הדרוש כאמור.
- 3.3. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

4. הצהרת בעל הפוליסה, רשימות ותעודות

- 4.1. בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כי לעניין היותו בעל הפוליסה, הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.
- 4.2. לא יאוחר מה- 15 בכל חודש ימסור בעל הפוליסה לחברה רשימה בפורמט שיידרש ע"י המבטח, של כל המבוטחים שהצטרפו לביטוח, לרבות פרטים על מבוטחים שיכללו את שמותיהם, מספר תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, מין, תאריך הצטרפותם והפרמיה המשולמת בגינם. כמבוטחים יכללו אלה שקיבלו את אישור החברה בכתב לבטחם בהתאם להוראות הפוליסה. כמו כן יעביר בעל הפוליסה את שמות המבוטחים שהפסיקו להיות מבוטחים בחודש הקודם עקב הפסקת עבודתם אצל בעל הפוליסה ו/או עקב בקשת ביטול הביטוח לחברה.

5. הצטרפות לביטוח

- 5.1. מבוטח קיים - עובדים קיימים ו/או בני משפחה שהצטרפו לביטוח על פי ההסכם הקודם שנוהל בהראל והיה להם פוליסה בתוקף לפי הביטוח הקודם ביום 31.7.2025 יצורפו לביטוח זה בתאריך תחילתו של הסכם זה (בכפוף להסכמתם ככל שתידרש בהתאם להוראות הרגולטוריות) לרובד הביטוח בו היו מבוטחים, ברצף מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, וללא תקופת אכשרה גם אם חלה החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן סייג מצב רפואי קודם לא יחול על מבוטח קיים אשר עבר ברצף לפוליסה זו ומיצה תקופת ביטוח בת 12 חודשים בפוליסה הקודמת.

מבוטח קיים אשר עבר לפוליסה זו ברצף ביטוח וטרם השלים תקופת ביטוח בת 12 חודשים בפוליסה הקודמת ימשיך הסייג ויחול עליו גם בפוליסה זו עד להשלמת תקופת בת 12 חודשים.

רצף ביטוח יחול על הכיסויים החופפים גם אם עודכנו סכומי הכיסוי או היקפם.

יובהר, רצף הביטוח כאמור לעיל יחול גם במקרה בו ההצטרפות לרובד ביטוח כפופה להסכמתו של המבוטח ובלבד שהסדיר הצטרפותו עד למועד תחילתו של הסכם זה.

5.2. רובד בסיס:

5.2.1. **עובד קיים** - עובד קיים, שאינו מבוטח קיים, יצורף לביטוח על פי הסכם זה, לרובד הבסיס, באופן אובליגטורי בכפוף למימון ותשלום דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום.

5.2.2. **עובד חדש** - יצורף לביטוח על פי הסכם זה, לרובד הבסיס, באופן אובליגטורי בכפוף למימון ותשלום דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום.

5.2.3. **בן /בת זוג של עובד** - בן/בת זוג של עובד קיים שאינם מבוטחים קיימים או עובד חדש י/תצורף לביטוח באופן וולונטרי בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובהתאם להחלטת החברה על תנאי קבלתם, או במועד הפיכתם לבן/בת זוג.

על אף האמור במהלך 120 הימים הראשונים ממועד תחילתו של הסכם זה או ממועד תחילת העסקה של עובד חדש או ממועד הנישואין או ממועד הפיכתם לבני זוג, יהיו זכאים להצטרף לפוליסה ללא הצהרת בריאות וחיתום ובכפוף לחתימה על טופס הצטרפות על ידי העובד.

5.2.4. **ילד של עובד קיים או עובד חדש** - ילד ו/או ילד בוגר ו/או ילד של בן/בת זוג יהיו זכאים להצטרף לביטוח באופן וולונטרי בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובהתאם להחלטת החברה על תנאי קבלתם.

על אף האמור, במהלך 120 הימים הראשונים מתאריך תחילת ההסכם לילדים של עובד קיים שאינם מבוטחים קיימים, או מיום תחילת העסקת העובד אצל בעל הפוליסה לילדים של עובד חדש יהיו זכאים להצטרף לביטוח ללא מילוי הצהרת בריאות וללא חיתום רפואי ובכפוף לחתימה על טופס הצטרפות על ידי העובד.

5.3. **רובד הרחבה: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ושירותים אמבולטוריים, טכנולוגיות מתקדמות וכתב שירות:**

5.3.1. **עובד קיים** - עובד קיים, שאינו מבוטח קיים ברובד ההרחבה שעל פי ההסכם הקודם, יהיה זכאי להצטרף לביטוח זה לרובד ההרחבה, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ושירותים אמבולטוריים, באופן וולונטרי, בתאריך תחילתו של הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח, בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי ובהתאם להחלטת החברה על תנאי קבלתו.

על אף האמור במהלך 120 הימים הראשונים מתאריך תחילתו של הסכם זה יהיה עובד קיים פטור ממילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי ובכפוף לחתימה על גבי טופס הצטרפות ולא תחול לגביו תקופת אכשרה בפרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובכתב שירות רפואה משלימה.

5.3.2. **עובד חדש** - עובד חדש, יהיה זכאי להצטרף לביטוח זה לרובד ההרחבה ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ושירותים אמבולטוריים, באופן וולונטרי, בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי ובהתאם להחלטת החברה על תנאי קבלתו.

על אף האמור במהלך 120 הימים הראשונים ממועד תחילת העסקתו אצל בעל הפוליסה יהיה העובד פטור ממילוי הצהרת בריאות ומחיתום רפואי ובכפוף לחתימה על גבי טופס הצטרפות ולא תחול לגביו תקופת אכשרה בפרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובכתב שירות רפואה משלימה.

5.3.3. **בן /בת זוג של עובד** - בן/בת זוג של עובד קיים שאינם מבוטחים קיימים או של עובד חדש שהחל עבודתו אצל בעל הפוליסה, לאחר כניסת ההסכם לתוקף, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה באופן וולונטרי בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובהתאם להחלטת החברה על תנאי קבלתם, או במועד הפיכתם לבן/בת זוג כהגדרתם לעיל.

על אף האמור במהלך 120 הימים הראשונים ממועד תחילתו של הסכם זה או ממועד תחילת העסקה של עובד חדש או ממועד הפיכתם לבני זוג יהיו זכאים להצטרף לפוליסה ללא הצהרת בריאות וחיתום ובכפוף לחתימה על טופס הצטרפות על ידי העובד ולא תחול לגביו תקופת אכשרה בפרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובכתב שירות רפואה משלימה.

5.3.4. **ילד של עובד קיים או עובד חדש** - ילד ו/או ילד בוגר ו/או ילד של בן/בת זוג יהיו זכאים להצטרף לביטוח באופן וולונטרי בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובהתאם להחלטת החברה על תנאי קבלתם.

על אף האמור, במהלך 120 הימים הראשונים מתאריך תחילתו של הסכם זה לילדים של עובד קיים שאינם מבוטחים קיימים, או 120 יום מיום תחילת העסקת העובד אצל בעל הפוליסה לילדים של עובד חדש, יהיו הילדים זכאים להצטרף לביטוח ללא מילוי הצהרת בריאות וללא חיתום רפואי ובכפוף לחתימה על טופס הצטרפות על ידי העובד ולא תחול לגביו תקופת אכשרה בפרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובכתב שירות רפואה משלימה.

5.4. **צירוף תינוק שנולד או ילד שאומץ** - ילדים חדשים של עובד מבוטח (הולדת ילד או אימוץ) יהיו זכאים להצטרף לביטוח, באופן וולונטרי בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובהתאם להחלטת החברה על תנאי קבלתם.

על אף האמור, במהלך 180 הימים הראשונים ממועד הלידה או ממועד האימוץ, יהיו ילדים חדשים זכאים להצטרף לביטוח ללא מילוי הצהרת בריאות וללא חיתום רפואי ולא תחול תקופת אכשרה בפרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובכתב שירות רפואה משלימה. מועד תחילת הביטוח לגביהם יחל מיום לידתם / אימוצם ובכפוף לתשלום דמי ביטוח גם עבור 180 הימים ואילך ועל חשבון העובד.

5.5. **מועד תחילת הביטוח** - מועד תחילת הביטוח עבור מבוטח שלא היה מבוטח בפוליסה הקודמת יהיה כדלקמן: טופס הצטרפות לביטוח אשר הועבר למבטח עד ה-15 בחודש, מועד תחילת הביטוח יהיה ה-1 באותו חודש. טופס הצטרפות לביטוח אשר הועבר למבטח לאחר ה-15 בחודש יהיה ה-1 בחודש העוקב.

מועד תחילת הביטוח עבור מבוטח קיים כהגדרתו בסעיף 5.1 לעיל ולעניין סייג מצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרף לראשונה לפוליסת הביטוח הקודמת שנוהלה בהרצל. יובהר, לעניין חידוש וחישוב מכסות ותגמולי הביטוח יהיה מועד תחילתו של הסכם זה. מובהר בזאת כי הצטרפות לרובד ההרחבה כפופה להצטרפות לרובד הבסיס. בנוסף, צירוף בני משפחה מותנה בהצטרפות העובד לפוליסת הביטוח. ביטול פוליסת הביטוח של העובד יגרור ביטול הפוליסות של הנלווים אליו.

5.6. **מבוטח חוזר** - עובד קיים או עובד חדש ו/או בני משפחה שהיו מבוטחים על פי הסכם זה, וביטלו את הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 10 להלן, אשר יבקשו להצטרף מחדש לפוליסת הביטוח, הצטרפותם לביטוח תהיה כפופה למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובהתאם להחלטת החברה על תנאי קבלתם.

5.7. **צירוף מבוטח המחייב הצהרת בריאות** - במקרה בו המבוטח התקבל לביטוח ללא תנאי חיתום מיוחדים, דהיינו, תנאים רגילים, מועד צירופו לביטוח יהיה המועד בו התקבל אישור החברה לצירופו לפוליסה.

במקרה בו נקבעו למבוטח תנאי חיתום מיוחדים, מועד צירופו של המבוטח יהיה המועד בו התקבל אישור חתום מהמבוטח בחתימתו את תנאי החיתום ואישור החברה לצירוף לפוליסה.

6. רצף ביטוח בהצטרפות לביטוח

6.1. **מבוטח קיים** - עובד ו/או בני משפחה אשר היו מבוטחים בהסכם הביטוח הקודם עד למועד תחילתו של הסכם זה, יחול לגביהם רצף ביטוח מלא ללא תקופת אכשרה גם אם חלה החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן סייג מצב רפואי קודם לא יחול על מבוטח קיים אשר עבר ברצף לפוליסה זו ומיצה תקופת ביטוח בת 12 חודשים בפוליסה הקודמת.

מבוטח קיים אשר עבר לפוליסה זו ברצף ביטוח וטרם השלים תקופת ביטוח בת 12 חודשים בפוליסה הקודמת ימשיך הסייג יחול עליו גם בפוליסה זו עד להשלמת תקופת בת 12 חודשים.

יובהר, רצף ביטוח על פי סעיף זה הינו בהתאם לרובד הביטוח בו היו מבוטחים במסגרת ההסכם הקודם ולכיסויים החופפים, גם אם עודכנו סכומי הביטוח או היקפם.

6.2. מבוטח שהצטרף לביטוח זה, לאחר תחילתו של הסכם זה, על פי האמור לעיל, והיה מבוטח בביטוח בריאות אחר או ביטוח קבוצתי אחר או בביטוח פרטי, יהיה זכאי להצטרף לביטוח על פי הסכם זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים שהיו קיימים בביטוח האחר, הקודם, גם אם עודכנו סכומי הכיסוי או היקפו.

לשם שמירה על רצף ביטוחי מבוטח בריאות קודם, כאמור לעיל, נדרש המבוטח להמציא מסמכים אודות ביטוח הבריאות הקודם, לרבות תנאי קבלתו לביטוח.

רצף ביטוחי מלא, משמעותו היעדר תקופת אכשרה וכמועד צירופו של המבוטח לביטוח, לעניין חריג מצב קודם, יראו את מועד צירופו לביטוח הבריאות הקודם.

6.3. למען הסר ספק, מבוטחים אשר במסגרת הביטוח הקבוצתי ו/או הביטוח הפרטי נדרשו למלא הצהרת בריאות, יהיו זכאים לרצף ביטוחי מלא על פי תנאי קבלתם בפוליסה הקודמת, ותנאים אלו יישארו בתוקף במהלך 12 חודשים מיום הצטרפותם לביטוח זה. בתום 12 החודשים יבוטלו חריגי החיתום. חרף האמור, לא ייגבו תוספות פרמיה מעבר לפרמיה על פי הסכם זה.

7. הוראות לעניין ילדים בוגרים

7.1. הגיע ילד מבוטח במהלך תקופת הסכם זה לגיל 30, ימשיך הביטוח בגינו תמורת תשלום דמי ביטוח כמפורט בסעיף 12 להלן בסכום השווה לדמי הביטוח הקבועים עבור בן/בת זוג.

7.2. הודעה על שינוי הפרמיה מתעריף ילד לתעריף בוגר תימסר למשלם את פרמיית הביטוח (המבוטח הראשי או הילד הבוגר), על ידי החברה 30 ימים לפני השינוי האמור, בהתאם לקבוע בהוראות המפקח.

7.3. ילדי עובדים, מבוטחים, שנישאו יוכלו לצרף את בני/בנות זוגם באופן וולונטרי (כאמור בסעיף 5) תמורת תשלום דמי ביטוח כמפורט בסעיף 12 להלן בסכום השווה לדמי הביטוח הקבועים עבור בן/בת זוג. דמי הביטוח בגין ילדי העובדים שנישאו וצירפו את בן/בת זוגם כאמור, ישתנו לסכום השווה לדמי הביטוח הקבועים עבור בן/בת זוג, אף אם גילם פחות מ-30.

7.4. ילדי הילדים (נכדי העובדים המבוטחים) יוכלו להצטרף באופן וולונטרי תמורת תשלום דמי ביטוח כמפורט בסעיף 12 להלן בסכום השווה לדמי הביטוח הקבועים עבור כל ילד. צירוף בני משפחה של ילד בוגר ייעשה בתנאי כי העובד שהילד הבוגר נלווה לו מבוטח בפוליסה זו.

8. מבנה הביטוח

רובד ביטוח		רובד בסיס		רובד הרחבה הכולל: ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, שירותים אמבולטוריים, טכנולוגיות רפואיות וכתב שירות, אחת מהתוכניות הבאות: 1. ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית. 2. ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪. 3. ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית
מבוטח	עובד	בן/בת זוג וילדים	עובד	
הצטרפות	אובליגטורי	וולונטרי	וולונטרי	
מימון	מעסיק	ע"ח עובד	עובד	
גבייה	מרוכז	אמצעי גבייה אישי	אמצעי גבייה אישי	

9. תקופת ההסכם

- 9.1. הסכם זה הינו למשך 5 שנים, החל מיום 1.8.2025 ועד ליום 31.7.2030 (להלן: "תאריך תום תקופת ההסכם").
- 9.2. בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לסיומו בכל עת ומכל סיבה ובכפוף לתנאי ההסכם הקבוצתי.
- 9.3. כל מבוטח רשאי לדרוש את הפסקת הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת ההסכם.
- 9.4. ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסוים משמעה ביטול הפוליסה כולה לרבות נספחיה עבור המבוטח המסוים.
- 9.5. ביטול הפוליסה על ידי המבוטח המסוים, שהינו עובד בעל הפוליסה, יגרור ביטול כל המבוטחים הנלווים אליו.
- 9.6. ביטול פוליסה ייעשה אך ורק באמצעות הודעה בכתב על ידי המבוטח לחברה.

10. תום תקופת הביטוח

- 10.1. תום תקופת הביטוח יהיה לפי המוקדם מבין המועדים המפורטים להלן:
 - א. תאריך תום תקופת הביטוח או תאריך תום תקופת ההארכה.
 - ב. ה-1 בחודש שלאחר החודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים בשל אחת הנסיבות המפורטות בסעיף 11.2 להלן.
 - ג. ביטול על ידי המבוטח: כל מבוטח רשאי להודיע על ביטול הביטוח עבורו, בכל עת, במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטח. הודיע המבוטח למבטח על

ביטול הביטוח, יתבטל הביטוח עבורו כעבור 3 ימים מהיום שבו נמסרה על ידו הודעת הביטול לחברה.
ד. במועד הודעת בעל הפוליסה למבטח על סיום הפוליסה בהתאם להוראות ההסכם הקבוצתי.

10.2. הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבטח ומבטח יסתיים במוותו, או במועד סיום או ביטול ההסכם זה, או במועד ניתוק יחסי עובד מעביד - לפי המוקדם ביניהם.

10.3. בתום תקופת ההסכם או בתום תקופת ההארכה, ובמידה ותקופת ההסכם לא תחודש כמפורט לעיל, יהיה כל צד משוחרר מהתחייבויותיו על פי ההסכם זה, למעט התחייבויותיה של החברה בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח, אף אם דווחו או הוגשו לאחר תום תקופת הביטוח.

10.4. במקרה גירושין-גרושה/ של עובד/ת לא יהיה רשאי להמשיך ולהיות מבטח בפוליסה זו אולם הגרושה/ של העובד/ת יהיה זכאי להמשכיות כאמור בסעיף 11 להלן. יובהר ילדי העובד המבטחים עמו יהיו רשאים להמשיך ולהיות מבטחים זאת בכפוף להוראות הפוליסה.

10.5. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת ההסכם כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת ההסכם.

11. המשכיות בתום תקופת הביטוח

11.1. החברה תאפשר למבטחים לעבור בתום תקופת הביטוח, לפוליסת פרט כפי שתהיה נהוגה באותה עת אצל המבטחת לכלל המבטחים (להלן: "פוליסת פרט"), כמפורט להלן:

11.1.1. תנאי הכיסוי, סכומי הביטוח ותקופות תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת הפרט לא יפחתו מאלה הקבועים למבטח בהסכם זה, אלא אם כן ביקש זאת המבטח, והכל במסגרת פוליסות הפרט הקרובות ביותר בהיקפן ובתנאייהן לתנאי ההסכם קבוצתי זה, אשר יהיו נהוגות באותה עת בחברה במועד ההצטרפות לפוליסת הפרט.

בנוסף לאמור, מבטח יהיה רשאי להגדיל את הכיסוי הביטוחי מעבר לכיסוי הקיים במסגרת ההסכם קבוצתי זה, או לרכוש כיסוי נוסף בכפוף לחיתום רפואי וקביעת תנאי הקבלה בגין ההגדלה המבוקשת בלבד ובהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון.

למען הסר ספק, חיתום רפואי כלשהו בגין הגדלה שיבקש המבטח לא יחול על פוליסת הפרט עד התקרות והתנאים על פי ההסכם קבוצתי זה.

11.1.2. דמי הביטוח בפוליסת הפרט לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבטח, על פי גיל המבטח באותה עת. על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 10% לתקופה של עשר שנים.

במעבר לפוליסת הפרט יינתן רצף ביטוחי מלא לכיסויים החופפים או הדומים בהם היה מבטח בפוליסה הקבוצתית, ללא חיתום רפואי וללא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה/המתנה.

11.2. אפשרות למעבר לפוליסת הפרט כאמור לעיל תינתן למי שהיה מבטח במסגרת ההסכם הקבוצתי עד למועד הפסקת הביטוח הקבוצתי, וזאת במקרים ובתנאים המפורטים להלן:

א. סיום עבודתו של המבטח אצל בעל הפוליסה שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

ב. הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבטחים;

ג. פטירת העובד שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית; על אף האמור, במקרה מותו (חו"ח) של העובד המבוטח, יהיו רשאים בני משפחתו אשר היו מבוטחים יחד עימו עד למועד הפטירה להמשיך ולהיות מבוטחים בפוליסה זו עד למועד סיום ההסכם ובכפוף לגביית דמי הביטוח באמצעי גבייה אישי אשר יימסר למבטח בתוך 90 יום ממועד הפטירה.

ד. גירושין שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

11.3. במקרים המפורטים לעיל, תיפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת הפרט בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת הפרט תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי, בכפוף לתשלום דמי הביטוח בגין תקופה זו על ידי המבוטח.

11.4. במקרים המפורטים בסעיף 11.2 החברה תאפשר לכל מבוטח שיפנה אליה בתוך 90 יום ממועד הפסקת הביטוח לגביו לעבור לפוליסת המשך (פוליסת פרט). תחילת תקופת הביטוח בפוליסת הפרט תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי, בכפוף לתשלום דמי הביטוח בגין תקופה זו על ידי המבוטח.

11.5. מובהר בזאת כי ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

12. דמי הביטוח

12.1. דמי הביטוח החודשיים בש"ח בגין הביטוח על פי הסכם זה הינם כמפורט להלן:

רובד הביטוח	עובד	בן/בת זוג/ילד בוגר	ילד עד גיל 30
רובד בסיס חובה	29.60	29.60	14.50
רובד הרחבה רשות הכולל: ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, שירותים אמבולטוריים, טכנולוגיות רפואיות וכתב שירות, אחת מהתוכניות הבאות:	עבור מבוטח עד גיל 50	עבור מבוטח גיל 50 ומעלה	עבור ילד מבוטח עד גיל 30
ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית	105.00	123.00	32.00
ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪	99.00	115.00	30.00
ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית	128.00	160.00	37.00

ילד שלישי (שגילו עד 29 שנים כולל) ואילך יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח בתא משפחתי הכולל לפחות הורה בגיר אחד ושלושה ילדים (מתחת לגיל 30). (יובהר, פטור מתשלום הפרמיה בגין ילד שלישי לא יחול על ילדים בוגרים מגיל 30 ואילך ולא על נכדים).

12.2. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע תשלום דמי הביטוח.

12.3. תשלום דמי הביטוח בגין עובד מבוטח ברובד הבסיס יהיה על חשבון המעסיק וישולם במרוכז על ידי בעל הפוליסה, מועד התשלום יתואם בין בעל הפוליסה לחברה המבטחת. תשלום דמי הביטוח בגין הרחבות וביטוח בני משפחה יהיה על חשבון העובד באמצעי גבייה אישי חודש בחודשו במועד הנהוג בחברה.

12.4. חברת-הביטוח מצהירה ומתחייבת, כי דמי-הביטוח הינם סופיים ואינם ניתנים לשינוי מכל סיבה שהיא, למעט הצמדתם למדד ולמעט במקרה של התאמת פרמיה בהתאם להסכם שבין בעל הפוליסה למבטחת.

12.5. אם לא שולם לחברת-הביטוח תשלום כלשהו (כולל דמי-הביטוח) בגין מבוטח, או שולם תשלום חלקי, עקב טעות, לא תיפגע זכות כלשהי (מכל מין וסוג שהוא, ישירה ו/או עקיפה) של המבוטח ו/או של בעל-הפוליסה וייראו במבוטח כבעל מלוא הזכויות על-פי הסכם זה. 'טעות', על פי סעיף זה, פירושה כל סיבה, למעט במקרה בו העביר המבוטח טופס ביטול השתתפות בביטוח בחתימתו לבעל-הפוליסה או למבטח. זכות המבוטח לקבלת שירות או כיסוי לא תיפגע אולם על המבוטח לשלם את חוב הפרמיה שנוצר למבטח.

12.6. **התאמה של דמי הביטוח:** לאחר 30 חודשים ממועד כניסתו של הסכם זה לתוקף, תהא חברת-הביטוח רשאית ליזום התאמת דמי הביטוח בהתאם לאמור בהסכם שבין בעל הפוליסה למבטחת.

13. תביעות

13.1. בהיוודע למבוטח על הצורך במקרה הביטוח יודיע על כך המבוטח לחברה ויקבל את אישור החברה מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים לא יאוחר מ-21 ימי עבודה מקבלת כל המסמכים שנדרשו על ידה כמפורט בסעיף 13.2 להלן, או לא יאוחר מ-3 ימי עבודה במקרה חירום.

אם בוצע טיפול רפואי ללא אישור החברה מראש, ידון המבטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות ההסכם והוגשו לחברה כל המסמכים שנדרשו על ידה, למעט במקרה של ניתוח בישראל. במקרה זה יחולו הוראות פרק ה' או ו' או ז' בהתאמה.

13.2. המבוטח ימסור לחברה את המידע המתייחס לתביעתו, אבחנת הרופא המטפל ואת המסמכים הנדרשים על ידי החברה לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, יסייע לחברה להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות ו/או גוף אחר הקשור לתביעה, למסור לחברה מידע רפואי הנוגע למבוטח הנמצא ברשותם. אם יהיו תשלומים, המבוטח ימסור את כל הקבלות והחשבוניות המעידות על ביצוע התשלום. המבוטח לא יהיה חייב בהמצאת קבלות או חשבוניות מקור. המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

13.3. החברה תעביר למבוטח בהקדם האפשרי ובסמוך ככל שניתן לקבלת תביעתו של המבוטח הודעה בכתב. בהודעה יצוין המסמך שנתקבל, מועד קבלתו, ויפורט בו המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי המבוטח. מצאה החברה כי דרושים לה מהמבוטח מידע ומסמכים נוספים לצורך בירור התביעה, תדרוש מסמכים אלו לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום שהתברר לה הצורך בהם.

13.4. החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה בדיקה או חקירה, לצורך בירור חבותה המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, באופן סביר. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

13.5. בדיקה רפואית - אם יידרש לכך על ידי החברה, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה.

13.6. בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מפעם לפעם ועלולות להגביל או למנוע קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. לעניין זה עלולה להיות השפעה על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לפוליסה.

המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. אין באמור לעיל כדי לפגוע בזכויות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח או שירות כלשהו המכוסה בפוליסה זו.

14. תגמולי הביטוח

עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח או חלק מהם, לפי העניין ובהתאם לכיסוי הרלוונטי, ישירות לנותן השירות או למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות מקוריות, כמפורט להלן:

14.1. במקרה של תשלום ישירות לנותן השירות, ולאחר אישור התביעה, כאמור, ימציא המבטח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח על פי דרישת נותן השירות.

14.2. במקרים בהם נותן השירות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבוטח זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על ידי נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו ובהתאם להוראות הפוליסה.

14.3. במקרה של תשלום למבוטח כנגד קבלות, ישלם המבטח למבוטח את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ-30 ימים מיום קבלת הקבלות והמסמכים הרפואיים הנדרשים לאישור התשלום.

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

14.5. תגמולי ביטוח מכוח פוליסה זו ישולמו במטבע ישראלי.

תגמולי ביטוח בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע ישראלי יוצמדו למדד המחירים לצרכן ממועד תשלומם על-ידי המבוטח ועד למועד תשלום תגמולי הביטוח. תגמולי ביטוח בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע זר, ישולמו לפי שער החליפין היציג של המטבע הישראלי, ביום תשלום תגמולי הביטוח.

המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח המירבי.

14.6. נפטר המבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח, עפ"י העניין.

14.7. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק ו/או בנספחים לפי העניין.

המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

15. תחלופ (סברוגציה)

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

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

15.3. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצידו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור בסעיף 15.1. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור

לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבוטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

16. ביטוח כפל

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

16.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

17. סייגים וחריגים כלליים לכלל פרקי הפוליסה:

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, כולו או מקצתו, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או שנגרם במישרין ו/או בעקיפין כתוצאה מהמקרים הבאים:

17.1. מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה.

17.2. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.

17.3. מקרה הביטוח אירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח שארע מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.

17.4. מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

1. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

2. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

על אף האמור בסעיפים 17.4 א' ו-17.4 ב' קטנים לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

יובהר, למבוטחים קיימים ייחשב מועד תחילת הביטוח, לעניין תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם, כמועד בו הצטרפו לביטוח לראשונה בתקופת הביטוח שקדמו לתקופת הביטוח על פי הסכם זה. למבוטחים חדשים ייחשב מועד תחילת הביטוח לעניין תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם המועד בו הצטרפו לביטוח על פי הסכם זה.

18. הוראות מתוך תקנות ביטוח בריאות קבוצתי

מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

18.1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד.

18.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.

18.3. לא תצרפו החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, ובלבד שהוצגה למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד.

במקרים שבהם ניתנת 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 בעד כל פרק בנפרד, ואם המבטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת מבטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

סעיף 18.3 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

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

1. 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.

2. 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

19. ביטול הביטוח בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבטח כאמור והודיע המבטח למבטחת או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

20. מתן מסמכים והודעות למבטח

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

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

(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

(2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

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

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

ה. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה - "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור 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.

ו. 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.

ז. 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, ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנהל בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

ח. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

ט. חלה על מבוטח 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.

21. קביעת דמי הביטוח

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 בפורטו 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.

22. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח

22.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי 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.

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

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

23. שונות

23.1. תנאי הצמדה למדד

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

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

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

24. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו הינה חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. אם עילת התביעה הנה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

25. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל

25.1. אחריות החברה מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסויים לשירותים רפואיים בחו"ל כמפורט בהסכם זה.

25.2. יובהר כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

26. חל"ד / חל"ת

דמי הביטוח בגין עובד מבוטח ברובד הבסיס בתקופת החל"ד ימשיכו להיות משולמים באופן שוטף על ידי בעל הפוליסה.

דמי הביטוח בגין עובד מבוטח ברובד הבסיס בתקופת החל"ת ישולמו למבטח על ידי בעל הפוליסה בכפוף למדיניות התשלומים כפי שתהיה נהוגה אצל בעל הפוליסה באותה עת.

דמי הביטוח בגין עובד מבוטח ברובד הרחבות ובגין בני משפחה בתקופת היות העובד בחל"ד או חל"ת ימשיכו להיות משולמים מאמצעי הגבייה האישי של העובד אשר ניתן למבטח בעת הצטרפותו לפוליסה זו וככל והעובד ימשיך להיות מבוטח ברובד הבסיס באמצעות בעל הפוליסה כאמור לעיל.

דמי הביטוח לתקופת החל"ד/ חל"ת יהיו ללא שינוי מהפרמיה המשולמת לכלל העובדים ובני המשפחות עבור תוכנית הביטוח.

27. שינויים

אם במהלך תקופת ההסכם יפורסמו הוראות חדשות מטעם המפקח על הביטוח, בעל הפוליסה יהיה רשאי להחילם על הסכם זה. היה והשינוי כרוך בתוספת פרמיה, ידונו הצדדים במשותף בדבר גובה הפרמיה הדרושה והנהוגה בתחום באותה עת. היה והצדדים לא הגיעו להסכמה בדבר גובה הפרמיה הדרושה בגין השינויים, יהיה רשאי בעל הפוליסה להביא הסכם זה לסיומו.

28. סמכות השיפוט והדין החל

מקום השיפוט הבלעדי בכל הקשור בפוליסה הוא בבתי המשפט בישראל והדין החל הינו דין מדינת ישראל בלבד.

29. מיסים והיטלים

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

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

30. הבהרה לזמן השירות הצבאי

יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא כפי שישתנו מעת לעת. אין באמור לגרוע מזכאות המבוטח לקבלת שירותים או כיסויים על פי פוליסה זו.

31. שירותי ייעוץ הביטוח

חורב יועצים בע"מ ישמשו יועצי הביטוח בפוליסה כמפורט להלן:

- 31.1. סיוע ובירור מול המבוטח בקשר לזכויות על פי הפוליסה, בירורים מול המבוטח בקשר להחלטות המבוטח על פי הפוליסה
- 31.2. סיוע, ובירורים לגבי טענה או תלונה של המבוטח הקשורה בנהלי המבוטח והשירות הניתן על ידו.
- 31.3. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבוטח לגבי זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבוטח לפנות ליועצי הביטוח.
- 31.4. המבוטח יעביר ליועצי את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידי שולא באמצעות המבוטח.
- 31.5. חורב יועצים יהיו מוסמכים לדון עם המבוטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה. למען הסר ספק, אין בהחלטת יועצי הביטוח כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

32. למען הסר ספק, יובהר כי פוליסה זו אינה מחליפה כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.

33. כתובות הצדדים

בעל הפוליסה: כרטיסי אשראי לישראל בע"מ

שכתובתו: מצדה 3, בני ברק

החברה: הראל חברה לביטוח בע"מ

כל הודעה שתשלח בדואר רשום לפי הכתובות הרשומות לעיל, תחשב כהודעה שהתקבלה על-ידי הנמען תוך 72 שעות מעת מסירת ההודעה בדואר ישראל.

הכיסוי הביטוחי

רובד בסיס פרקים א' עד ד' כולל

פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות

1.1. השתלה

1.1.1. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח; השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושלת לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד;

בנוסף: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, או כל חלק מהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח, השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו. השתלה תחשב גם הוספה של איבר או חלק מאיבר כאמור לגוף המבוטח ללא כריתה או הוצאה של איבר או חלק מאיבר אחר במקומם.

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

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

טיפול חלופי בישראל

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

1.2. טיפול מיוחד בחו"ל - טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח שרופא מומחה בישראל בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו והמתקיים בו אחד מהתנאים הבאים לפחות:

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

בנוסף: על אף האמור לעיל, טיפול מיוחד בחו"ל יכוסה גם אם קיים טיפול חלופי בישראל.

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

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

1.2.4. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל; **בנוסף:** במקרים בהם הניסיון בביצוע הטיפול בחו"ל רב יותר מהניסיון בישראל, ייחשב הדבר כסיכויי הצלחה גבוהים יותר בחו"ל, כאמור לעיל.

1.2.5. **בנוסף:** כטיפול מיוחד בחו"ל ייחשב גם טיפול המתקיים בו אחד מאלה:

1.2.5.1. ניתוח ו/או טיפול מיוחד בחו"ל למניעת אובדן מוחלט של חוש הראייה ו/או חוש השמיעה.

1.2.5.2. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 50%.

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

2. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

3. הכיסוי הביטוחי

3.1. להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - ייתן כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ושיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6 וכן פיצוי כאמור בסעיף 3.7 להלן.

3.2. **להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6 וכן פיצוי כאמור בסעיף 3.7 להלן ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:

להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.1 - עד 5,000,000 שקלים חדשים;

להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.2 - עד 5,000,000 שקלים חדשים;

להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.3 - עד 5,000,000 שקלים חדשים;

3.3. **טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5.2 עד 3.5.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6.2 עד 3.6.7.

3.4. **טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5.2 עד 3.5.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6.2 עד 3.6.7 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,000,000 שקלים חדשים;

בנוסף: על אף האמור לעיל, תגמולי הביטוח לטיפול מיוחד בחו"ל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם יהיו עד לסך כולל של 2,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

3.5. **להוצאות המפורטות להלן יינתן שיפוי מלא בכפוף לאמור בסעיף 3.1 עד 3.4 בהתאמה:**

3.5.1. הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה;

3.5.2. הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד;

3.5.3. הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;

בנוסף: יכוסו כל ההוצאות בגין טיפול רפואי לרבות טיפול תרופתי וטיפול פרא-רפואי, בדיקות, בדיקות הדמיה לקראת, במהלך או לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.5.4. הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים או מחלקה אחרת על פי המלצת הרופא המומחה ברפואה תעופתית להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא ילד עד גיל 21, והוצאות שיבתם לישראל;

3.5.5. הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה; באמצעי העברה התואם את מצבו הרפואי של המבוטח, לרבות הטסה רפואית פנימית בתוך גבולות המדינה בה מבוצעת ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל וזאת בהתאם לקביעת רופא מומחה ברפואה תעופתית.

3.5.6. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;

3.5.7. **בנוסף:** הוצאות רפואיות במהלך השהייה - במקרה של השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, יכוסו במלואן הוצאות בגין טיפולים רפואיים (לרבות טיפול תרופתי, בדיקות מעבדה לאבחון או מעקב רפואי, עירויים, דיאליזה וכיו"ב), להם נדרש המבוטח שלא באשפוז בשל מצבו הרפואי במהלך שהייתו בחו"ל בהמתנה לטיפול הרפואי בחו"ל.

3.5.8. הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ;

3.6. להוצאות המפורטות להלן יינתן שיפוי מוגבל בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4

3.6.1. הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל - עד 300,000 שקלים חדשים;

3.6.2. הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל לרבות טיסות הלך ושוב מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים - עד 200,000 שקלים חדשים;

בנוסף: יכוסו הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלויות האשפוז הכרוכות בבדיקות אלה. יובהר יכוסו בדיקות גם אם נדרשו שלא בעת אשפוז. כמו כן יכוסו כל הוצאות הבדיקות ובנוסף להן יכוסו טיסות הלך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע הבדיקות כאמור כולל מלווה למבוטח בוגר ושני מלווים למבוטח ילד - כיסוי מלא להוצאות.

3.6.3. הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפול דיאליזה - עד 250,000 שקלים חדשים;

3.6.4. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 שקלים חדשים; על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא;

3.6.5. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל - עד 1,200 שקלים חדשים ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא ילד עד גיל 21 עד 1,500 שקלים חדשים ליום למבוטח ולשני מלווים;

- 3.6.6. הוצאות לטיפול המושך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל - עד 200,000 שקלים חדשים אם הם נובעים מביצוע ההשתלה, ועד 200,000 שקלים חדשים אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל;
- 3.6.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 300,000 שקלים חדשים;
- 3.7. **להוצאות המפורטות להלן - פיצוי לפי סכומים המופיעים לצדן, ובכפוף לסעיפים 3.4 עד 3.1:**
- 3.7.1. קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו - 4,500 שקלים חדשים; לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 2,000 שקלים חדשים לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים; לעניין זה "מועמד להשתלה" - מבטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה;
- 3.7.2. גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, למעט השתלת מח עצם עצמית - 7,000 שקלים חדשים למשך תקופה של 24 חודשים; גמלת החלמה במקרה של השתלת מח עצם עצמית שבוצעה בישראל - 3,000 ₪ לתקופה של עד 6 חודשים.
- נפטר המבטח במהלך תקופת תשלום בגמלה, יהיו זכאים יורשיו החוקיים לקבלת יתרת הגמלה.
- 3.7.3. השתלה שבוצעה מחוץ לישראל לפי תנאי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבטח - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 שקלים חדשים.
- 3.7.4. **בנוסף:** המבטח יהיה זכאי לבחור פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:
- 3.7.4.1. מצבו הרפואי של המבטח מחייב השתלה על פי קביעת רופא מומחה מטעמו של המבטח.
- 3.7.4.2. נתקבל אצל המבטח אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר.
- 3.7.4.3. ההשתלה הנדרשת איננה השתלת מח עצם או קרנית.

4. חריגים

- 4.1. מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 4.2. מקרה ביטוח שנגרם באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, או פעילות בעלת אופי צבאי, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו על ידי גורם ממשלתי. בנסיבות בהן הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה;
- 4.3. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.4. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 4.5. השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם;

- לעניין זה: "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.6. השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיות, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל;
- 4.8. טיפולי רפואה משלימה;
- 4.9. טיפולים נפשיים;
- 4.10. לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל:
- א. טיפול מיוחד מסיבה של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה;
- ב. טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

5. התחייבות המבטח - הרחבה

- בנוסף לאמור לעיל ובכפוף לחריגים בסעיף 4 לעיל יתווספו לפרק זה ההרחבות והתוספות הבאות:
- 5.1. החזר הוצאות לטיפול ניסיוני - מבטח אשר בעקבות מחלתו או מצבו הרפואי יצא לחול לקבלת טיפול נסוני או השתתפות במחקר, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה, שהייה והבדיקות הרפואיות הנלוות שאינן מכוסות במסגרת הטיפול הניסוני או המחקר, כדלקמן:
- הוצאות נסיעה לחול עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה אחד במקרה של קטין לשני מלווים.
- הוצאות שהייה בחו"ל יכוסו עד 30 יום למבוטח ולמלווה עד 1200 ₪ ליום, במקרה של קטין עם 2 מלווים עד 1,600 ₪ ליום.
- סך ההוצאות המירביות שישולמו למבוטח על פי סעיף זה לא יעלה על סך כולל של 35,000 ₪ במקרה ביטוח ומלווה אחד ועד לסך כולל של 50,000 ₪ במקרה של שני מלווים.
- 5.2. במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה על פי הסכם זה, יהיה המבוטח זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה 20,000 ₪ עם שובו לישראל.
- 5.3. פיצוי בגין הצורך לביצוע השתלה - על אף האמור בסעיף 3.7.3 מבטח יהיה רשאי לקבל את הפיצוי טרם ביצוע ההשתלה ובלבד שפנה למבטח וצירף את המסמכים הרפואיים המעידים על הצורך בביצוע ההשתלה.
- 5.4. אם יצא המבוטח להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל על פי פוליסה זו ולאחר שקיבל אישור מהמבטח לכך, יכוסו ההוצאות על פי פרק זה, גם אם לא הסתיים תהליך ההשתלה או הטיפול המיוחד.

פרק ב': תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות

1. הגדרות

- 1.1. "בדיקה גנטית" - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל שירותי הבריאות;
- 1.2. "טיפול תרופתי" - נטילת תרופה לפי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך;
- 1.3. "מדינות מוכרות" - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA);

בנוסף: יפן.

- 1.4. "סל שירותי הבריאות" - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות שנותנות קופות החולים לחבריהן, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבטוחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תכנית השב"ן;
- 1.5. "רופא מומחה" - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה;
- 1.6. "תרופה" - חומר כימי או ביולוגי, שנועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה;

בנוסף: תרופה תחשב גם לצורך הקלה על סימפטומים או התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים וכן תכשיר רפואי כהגדרתו בפקודת הרוקחים וזאת על פי קביעת רופא בתחום הרלוונטי מטעמו של המבוטח.

בנוסף: כתרופה יחשב גם תכשיר רפואי כהגדרתו בפקודת הרוקחים ובתנאי כי הוא נועד לאותן מטרות כמפורט לעיל, וזאת על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעמו של המבוטח.

- 1.7. "תרופת יתום" - תרופה לטיפול במחלה נדירה;
- 1.8. "תרופה מיוחדת" - תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותו להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986;
- 1.9. "תרופה ניסיונית" - תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמטקיים לגביה אחד מהבאים:
 - 1.9.1. תרופה שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כלשהו;
 - 1.9.2. תרופה שרשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש כלשהו אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך באמות מידה מקובלות ולא הוכח כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;
 - 1.9.3. תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני;
- 1.10. "תרופה Off Label" - תרופה, שהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שאחד מהמפורטים להלן הכיר ביעילות התרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח:
 - 1.10.1. פרסומי ה-FDA;

- 1.10.2 American Hospital Formulary Service Drug Information;
 1.10.3 US Pharmacopoeia - Drug Information;
 1.10.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
 1.10.4.1 עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa;
 1.10.4.2 חוזק הראיות - (Strength of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B;
 1.10.4.3 יעילות - (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או IIa;
 1.10.4.4 תרופה שהטיפול בה מומלץ, באחד מה-National Guidelines שמפרסם אחד מהבאים לפחות:
 א. NCCN;
 ב. ASCO;
 ג. NICE;

T. Esmo Minimal Recommendation.

בנוסף: או תרופה שעונה לאחד מהקריטריונים הבאים:

- א. המלצה לטיפול על ידי רופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה / ס' מנהל מחלקה/ מנהל מכון/ מנהל יחידה או פרופסור ממוסד אקדמי בישראל.
 ב. ההמלצה כוללת אישור מפורש כי הטיפול הנדרש מהווה טיפול סביר ומקובל (standard of practice) לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
 ג. ההמלצה מסתמכת על שני מאמרים מעיתונות רפואית בעלת שם כדוגמת JAMA, NEJM, LANCET.
 1.11 תרופה מיוחדת או מותאמת אישית
 בנוסף לאמור לעיל ישא המבטח בעלות התרופה והטיפול התרופתי באחד או יותר מהמקרים הבאים:
 א. ניתן אישור ליבוא אישי של התרופה או תכשיר רפואי על פי תקנה 29 לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו-1986 (אישור על פי פקודת הרופאים למתן תרופה או תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) או תקנה אחרת שתפורסם על ידי משרד הבריאות בעניין יבוא אישי של תרופה או תכשיר רפואי, ורופא מומחה מטעם המבוטח קבע כי המבוטח זקוק לה והתרופה אושרה לשימוש ע"י אחת הרשויות באחת מהמדינות המוכרות להתוויה כלשהיא, אך לא למצבו הרפואי של המבוטח.
 ב. התרופה אושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו ובכפוף להמלצת רופא מומחה מטעם המבוטח.
 ג. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
 ד. נמצא בבדיקה גנטית ו/או בבדיקה גנומית ו/או באבחון מולקולארי של הגידול כי המבוטח זקוק לתרופה עפ"י המלצת הרופא מטעם המבוטח.

1.12. **בנוסף:** תרופת IND (Investigational New Drug)

תרופה המצויה בתהליכי הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת לחולה כשאין תרופה יעילה מאושרת למצבו, ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני, והרשות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה את הטיפול כטיפול IND ואינה תרופת OFF LABEL.

1.13. **בנוסף:** תרופת חמלה

תרופה שהוגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות למצבו הרפואי של המבוטח או מצויה בתהליכי פיתוח או ניסוי למצבו הרפואי של המבוטח, או שאושרה למצב רפואי שונה ולא אושרה למצבו הרפואי של המבוטח, ואינה תרופת OFF LABEL, הניתנת לחולה כאשר אין תרופה יעילה מאושרת למצבו, ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני.

1.14. מרשם

מסמך רפואי חתום ביד רופא מומחה או רופא בית חולים, לפי בחירת המבוטח, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ומורה על אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש;

1.15. רשות מוסמכת

הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות למתן רישיון או היתר לשיווק תרופות חדשות לפי הדין החל במדינה בה משווק התרופה.

1.16. המחיר המירבי המאושר לתרופה

הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.

2. **מקרה הביטוח**

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים האלה:

2.1. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, לפי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:

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

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

2.1.3. תרופת OFF LABEL;

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

2.1.5. תרופה מיוחדת או מותאמת אישית.

2.1.6. **בנוסף:** תרופת IND (Investigational New Drug)

2.1.7. **בנוסף:** תרופת חמלה

2.2. מצבו הרפואי של המבוטח מצריך לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי

פרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי לכל תקופת ביטוח שיתחדש אחת לשנתיים במועד חידוש הפוליסה, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:

- 3.1. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 שקלים חדשים;
- 3.2. בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 שקלים חדשים;
בשל מקרה ביטוח כמפורט בסעיף 2.1.6 - עד לסך של 300,000 ₪
בשל מקרה ביטוח כמפורט בסעיף 2.1.7 - עד לסך של 300,000 ₪
- 3.3. סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1 אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי - עד 250 שקלים חדשים ליום ועד 60 ימים;
- 3.4. בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-40,000 שקלים חדשים לכל מקרה ביטוח.
- 3.5. סכומי הביטוח הנקובים לעיל יתחדשו אחת לכל תקופה של שנתיים שתחילתה במועד תחילת הביטוח לכלל המבוטחים ויחודשו במקרה של הארכה או חידוש ההסכם.

4. חריגים

פרק תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יחריג מכיסוי את המקרים והתרופות כמפורט להלן:

- 4.1. מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 4.2. טיפול תרופתי שניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה;
- 4.3. תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים;
- 4.4. מקרה ביטוח שנגרם באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, או פעילות בעלת אופי צבאי, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה;
- 4.5. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.6. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 4.7. תרופה ניסיונית;
- 4.8. תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה;
- 4.9. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging; על אף האמור, יכוסו ויטמינים או תוספי מזון הניתנים בשילוב עם הטיפול התרופתי לטיפול במחלת הסרטן של המבוטח.

- 4.10. טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס), למעט למבוטחים שהם נשאים או חולים;
- 4.11. תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 4.12. שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.
- 4.13. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 4.14. קנבוס - כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש), התשל"ג-1973; יובהר כי החריג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, שמכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.

5. השתתפות עצמית

- 5.1. סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.1 עד 2.1.4 - 300 שקלים חדשים לתרופה, לאותו חודש.
- 5.2. סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.1.5 או 2.1.6 או 2.1.7 - 500 שקלים חדשים לתרופה, לאותו חודש.
- על אף האמור בסעיפים 5.1 ו-5.2 לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 שקלים חדשים.

פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

1. הגדרות

- 1.1. "התייעצות" - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
- 1.2. "טיפול מחליף ניתוח" - טיפול רפואי או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כחליף לביצוע ניתוח, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
- 1.3. "ניתוח" - פעולה פולשנית-חדירנית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, ראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
- 1.4. "ניתוח מורכב" - ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 5 ימים לפחות;
- 1.5. "רופא מומחה" - רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;
- 1.6. "רופא מומחה בישראל" - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
- 1.7. "שתל" - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;

2. מקרה הביטוח

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

3. הכיסוי הביטוחי

- בקרן מקרה הביטוח יכלול פרק זה את הכיסוי הביטוחי כמפורט להלן:
- 3.1. **לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.6, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.7 ופיצוי כאמור בסעיף 3.9.**
 - 3.2. **לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.6, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.7 (ופיצוי כאמור בסעיף 3.9 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל).**
 - 3.3. לעניין זה, "עלות הניתוח בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לאותו הניתוח בישראל, במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות;

3.4. לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.6 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל;

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

3.6. הוצאות שעלותן תכוסה במלואה, בכפוף לסעיף 3.1 עד 3.5:

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

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

בנוסף: סה"כ ימי אשפוז לא יעלה על 45 ימים.

3.6.3. עלות הטסת גופת המבטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח;

3.6.4. הוצאות טיסה לניתוח מורכב - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבטח ולמלווה או מחלקה אחרת בכפוף להוראת רופא המומחה ברפואה תעופתית; במקרה שהמבטח ילד עד גיל 21 - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים או מחלקה אחרת בכפוף להוראת רופא מומחה ברפואה תעופתית למבטח ולשני מלווים; הוצאות כאמור יכוסו למקום הטיפול ובחזרה. הוצאות טיסה (למבטח ולמלווה) יכוסו גם במקרה בו נדרש המבטח להגיע למקום הטיפול לצורך ביקורת או מעקב בהתאם להוראת הרופא מטעם המבטח.

3.6.5. הוצאות נסיעה יבשתיות בשל ניתוח מורכב של המבטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים או למקום שהייה מחוץ לישראל וחזרה;

3.7. הוצאות שעלותן תכוסה עד לגובה הכיסוי המפורט לצדן, בכפוף לפסקאות 3.1 עד 3.5:

3.7.1. הוצאות שתי התייעצות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל - עד 1,200 שקלים חדשים לכל התייעצות;

3.7.2. הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 שקלים חדשים;

3.7.3. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 שקלים חדשים; אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא; הוצאות הטסה רפואית יכוסו גם במקרה של טיסה משדה התעופה בחול לבי"ח בחו"ל וחזרה.

3.7.4. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 שקלים חדשים;

3.7.5. הוצאות עלות שתל שהושטל במהלך ניתוח - עד 80,000 ₪

- 3.8. הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:
- (א) עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב - עד 650 שקלים חדשים ליום;
- (ב) הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,200 שקלים חדשים ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 1,500 שקלים חדשים ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום;
- (ג) הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב - עד 250 שקלים חדשים לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול;
- (ד) הוצאות למוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלבנטי החליט על הצורך בהחלמה - עד 400 שקלים חדשים לכל יום;
- (ה) הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שכר הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000 שקלים חדשים;
- 3.9. נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח תשלם החברה למוטב, אותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה 150,000 שקלים חדשים.

4. חריגים

- פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל יחריג מכיסוי את המקרים כמפורט להלן:**
- 4.1. מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים שמקורם בצורך דנטלי.
- 4.3. מקרה ביטוח שנגרם באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, או פעילות בעלת אופי צבאי, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבוטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה;
- 4.4. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.5. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל;
- 4.6. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 4.7. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון;
- 4.8. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- א. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

- ב. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
 4.9. טיפולי רפואה משלימה;
 4.10. טיפולים נפשיים;
 4.11. השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל;
 4.12. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
 4.13. בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקות ופעולות הדמיה כגון: MRI ו-CT, אם הן אינן חלק ממהלך האשפוז, הניתוח או טיפול מחליף הניתוח.

פרק ד': הוצאות רפואיות במקרה של מחלה קשה (שיפוי)

1. מקרה הביטוח

שירותים רפואיים להם נזקק המבוטח עקב מחלה קשה או חשד לקיומה של מחלה קשה כמפורט להלן, בכפוף לחוות דעת רפואית של רופא מומחה מטעם המבוטח.

2. הגדרות

מחלה קשה הינה אחד מהמצבים הרפואיים המפורטים להלן:

2.1. **אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure)** - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פרוטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

2.2. **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)** - אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

2.2.1. הקטנה חדה בנפח הכבד;

2.2.2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;

2.2.3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;

2.2.4. צהבת, מעמיקה;

2.2.5. אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטו-רנאלית.

2.3. **מחלת כבד כרונית סופנית** (שחמת) מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

2.3.1. צהבת;

2.3.2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;

2.3.3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;

2.3.4. אנצפלופטיה כבדית;

2.3.5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליניזם.

2.4. **השתלת אברים** - השתלת לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מוח עצמות - קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.

2.5. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיאליניזציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים (2 חודשים). האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר 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 תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

2.6. **פרקינסון** - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, נידודות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9.

- 2.7. **תרדמת (Coma)** - מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פיזיולוגיים, אשר נגרם עקב נזק ניורולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
- 2.8. **ניוון שרירים מסוג (Amyotrophic Lateral Sclerosis) ALS** - עדות לפגיעה משולבת בנירונ המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תיקבע על ידי ניורולוג מומחה.
- 2.9. **פגיעה מוחית כתוצאה מתאונה (Brain Damage By Accident)** - פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה על ידי רופא ניורולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
- 2.10. **דלקת מוח (Encephalitis)** - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת ניורולוג מומחה, יותירו נזק ניורולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.
- 2.11. **דלקת חידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השידרה אשר לדעת ניורולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים. הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.
- 2.12. **מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)** - מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
- 2.12.1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.
- 2.12.2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ.
- 2.13. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** - עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
- 2.14. **צפדת (טטנוס)** - מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
- 2.15. **אוטם חריף בשריר הלב** - נמק חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי הדם כלילי המגבילה את הספקת הדם לאותו חלק. האבחנה תיתמך בבדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופון לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים.

- 2.16. **ניתוח מעקפי לב (CABG)** - ניתוח בו מבוצע מעקף של חסימה בעורק הכלילי (לא כולל צנתור העורקים הכליליים ופעולות הרחבה או חיתוך ללא פתיחת בית החזה).
- 2.17. **ניתוח החלפת מסתמי לב** - ניתוח בו מבוצע תיקון או החלפת אחד או יותר ממסתמי הלב.
- 2.18. **ניתוח באבי העורקים (AORTA)** - ניתוח לרבות צינתור, בו מתבצעת החלפת קטע או תיקון מפרצת באבי העורקים בחזה או בבטן.
- 2.19. **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.
- 2.20. **סרטן** - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחוזרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.
- מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.
- מקרה הביטוח אינו כולל:
1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של *Carcinoma in Situ*, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים;
 2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות);
 3. מחלות עור מסוג:
 - A. *Basal Cell Carcinoma*-*I Hyperkeratosis*;
 - ב. מחלות עור מסוג *Squamous Cell Carcinoma* אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
 4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS;
 5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-TNM Classification T2 No Mo- (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל);
 6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ- $10,000 \text{ B cell}/\text{ul}$ *lymphocytes* ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
 7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;
 8. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית;
 9. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
 10. *T cell lymphoma* של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל-T CELL LY.
 - 2.21. **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)** - נוכחות של נגיף HIV בגופו של המבוטח, שנתגלה לאחר תחילת הביטוח.
 - 2.22. **אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia)** - כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
 1. עירוי מוצרי דם;
 2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
 3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
 4. השתלת מוח עצם.

- 2.23. **גידול שפיר של המוח** - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק ניורולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים, המטומות.
- 2.24. **שיתוק (פרפלגיה, קוורדריפלגיה) (Paralysis)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
- 2.25. **פוליו, שיתוק ילדים (Poliomyelitis)** - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 2.26. **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.
- 2.27. **עיוורון (Blindness)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- 2.28. **חירשות (Deafness)** - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- 2.29. **אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- 2.30. **כוויות קשות (Severe Burns)** - כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 2.31. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** - מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמיל ואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תיעשה על ידי פנימאי מומחה.
- 2.32. **קרדיומיופטיה** - מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association of Cardiac Impairment.
- 2.33. **תשישות נפש (Dementia)** - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/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 אלו חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות 3 חודשים.

3. הכיסוי הביטוחי

המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות רפואיות אשר נגרמו לו בקשר עם מקרה הביטוח לרבות התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות מעבדה בדיקות הדמיה, אביזרים רפואיים, טיפולים וכו' אשר המבוטח נדרש לבצע כפועל יוצא מהמחלה או החשד לקיומה של המחלה.

4. תגמולי הביטוח

מבוטח יהיה זכאי להחזר עד לתקרה בגובה 10,000 ₪ למקרה ביטוח בכפוף להמצאת קבלות כמפורט בפרק התנאים הכלליים לעיל על אחת או יותר מהוצאות רפואיות הקשורות באופן ישיר למקרה הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

רובד הרחבה - אחד מהפרקים ה' או ו' או ז'

ובנוסף פרק ח' עד י':

הפרקים שברובד ההרחבה יחולו רק אם המבוטח רכש אותם, תמורת דמי ביטוח נוספים והינם נקובים בדף פרטי הביטוח, ובכפופות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

פרק ה': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית

לבעלי שב"ן - "כללית מושלם/פלטינום", "מכבי מגן זהב/שלי", "מאוחדת עדיף/שיא", "לאומית זהב")

1. הגדרות

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

1.1. בית חולים פרטי - אחד מאלה:

■ בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.

■ בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום;

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

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

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

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

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

1.7. **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.8. **שתל** - כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.9. **תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

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

3. תגמולי הביטוח

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

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

בקורות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

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

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

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

3.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון - פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן כהגדרתה בסעיף 5 להלן, או מכל סיבה אחרת (יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה) (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר (להלן: ההפרש) ובכפוף לכך ששיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 3.2 זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

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

4. הכיסוי הביטוחי

בקרת מקרה ביטוח, יהא זכאי המבוטח לכיסוי ההוצאות המפורטות להלן, וזאת בכפוף להוראות סעיף 3 לעיל ולתנאים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו.

4.1 **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות (צמוד למדד) אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.** לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

4.2 **שכר מנתח;**

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

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

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3, 4.2 ו-4.3 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר התייעצות או הסדר 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.

5. זכויות לברות ביטוח

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

6. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

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

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

7. התחייבות המבוטח

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

8. תקופת אכשרה

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

9. חריגים

- בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 9.1 מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
 - 9.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
 - 9.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיות, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 9.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 9.3.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
 - 9.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
 - 9.5 השתלה; לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
 - 9.6 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;
 - 9.7 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעילות איבה או עקב פעילות ישירה בעלת אופן צבאי;
 - 9.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
 - 9.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
 - 9.10 מקרה ביטוח שאין לחברה לגביו הסדר ניתוח, עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הינה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי למעט כאמור בסעיף 3.1.2 לעיל.

פרק ו': ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000

(לבעלי שב"ן - "כללית מושלם/פלטניום", "מכבי מגן זהב", "מאוחדת עדיף/שיא", "לאומית זהב")

פרק זה יחול על מבוטח שיבחר להיות מבוטח במסלול ניתוחים כמפורט בפרק זה

1. הגדרות

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

1.1. בית חולים פרטי:

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

(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013;

(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2. התייעצות:

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

1.3. טיפול מחליף ניתוח:

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

1.4. מרפאה כירורגית פרטית:

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

1.5. ניתוח:

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

1.6. קופת חולים:

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

1.7. רופא מומחה:

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

1.8. שתל:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כל אבזר, 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, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

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

3. 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 שישולמו על ידי החברה או על ידי המטופל.

בקרת מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

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

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

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

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

3.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן, כהגדרתה בסעיף 5 להלן, או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכולה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר

ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 3.2 זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

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

4. הכיסוי הביטוחי

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

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

4.2. **שכר מנתח;** מעבר לזכויות המוקנות במסגרת תכנית השב"ן ובניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.5 להלן.

4.3. **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית;** כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, מעבר לזכויות המוקנות במסגרת תכנית השב"ן ובניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.5 להלן, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח.

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

5. השתתפות עצמית בגין ביצוע ניתוח:

5.1. בקרות מקרה ביטוח של ביצוע ניתוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח הסדר ניתוח עמם, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המפורטות בסעיפים 4.2 ו-4.3 לעיל, בניכוי השתתפות עצמית למקרה ביטוח בגובה 5,000 ₪ (צמוד למדד).

למרות האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית כאמור בגין תשלומים לפי סעיפים 4.2 ו-4.3 לעיל, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

5.1.1. למבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי;

5.1.2. קיימות למבוטח הוצאות רפואיות מעבר לכיסוי שקיבל מהשב"ן (ובלבד שקיבל כיסוי), בגין ביצוע ניתוח שהינו בהסדר בשב"ן.

5.2. במקרה שבו עלות הניתוח של המבוטח נמוכה מ-5,000 ₪ (צמוד למדד) על פי הסדר ניתוח שיש למבטח עם רופא ו/או מוסד רפואי, יאפשר המבטח למבוטח לבצע את הניתוח על פי עלות הסדר הניתוח שיש למבטח עם אותו רופא ו/או מוסד רפואי, עבור הניתוח של המבוטח.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3, 4.2 ו-4.3 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח בלבד ולא ישולמו 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.

6. זכאות לברות ביטוח

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

7. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 7.1 מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 7.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 7.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 7.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 7.3.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 7.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 7.5 השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023;
- 7.6 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;
- 7.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;
- 7.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 7.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

7.10. מקרה ביטוח שאין לחברה לגביו הסדר ניתוח, עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי, למעט כאמור בסעיף 3.1.2 לעיל.

8. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

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

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

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

9. התחייבות המבוטח

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

10. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

10.1. פרק זה כפוף לכל התנאים הכלליים.

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

11. תקופת אכשרה

11.1. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

11.2. על אף האמור בסעיף 11.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

פרק ז': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית)

פרק זה יחול על מבוטח שיבחר להיות מבוטח במסלול ניתוחים כמפורט בפרק זה

1. הגדרות

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

1.1. בית חולים פרטי:

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

- (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013;
- (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2. התייעצות:

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

1.3. טיפול מחליף ניתוח:

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

1.4. מרפאה כירורגית פרטית:

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

1.5. ניתוח:

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

1.6. קופת חולים:

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

1.7. רופא מומחה:

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

1.8. שתל:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים

או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.9. 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.

1.10. 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.

1.11. תקופת אכשרה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

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 העניין.

3. הכיסוי הביטוחי

בקרת מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מקרים אלה:

3.1. **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח** ועד לסך של 1500 ₪ (צמוד למדד) להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

3.2. שכר מנתח;

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

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

התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו-3.3, ישולמו 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. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 4.1. מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, 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 אסתטיות, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 4.3.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023;
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

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

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

מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

6. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

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

7. תקופת אכשרה

- 7.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- על אף האמור בסעיף 7.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

פרק ח': שירותים רפואיים אמבולטוריים

1. מקרה הביטוח

קבלת שירות או טיפול רפואי במהלך תקופת הביטוח כמפורט להלן:

2. הכיסוי הביטוחי

החברה תשפה את המבוטח בגין עלות השירות או הטיפול שניתן בהתאם לתנאים ולתקרות המפורטים להלן:

2.1 התייעצויות עם רופא מומחה

התייעצויות עם רופא מומחה יכוסו בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% עד תקרת החזר בגובה 1,050 ₪ להתייעצות, ועד 4 התייעצויות בשנת ביטוח.

מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות אצל גנטיקאי, פרמקולוג ופסיכיאטר.

התייעצויות עם רופא מומחה במקרה של הריון תכוסה על פי סעיף זה ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת כמעקב שגרתי של מהלך ההריון. התייעצות עם רופא מומחה לילדים תכוסה על פי סעיף זה ובלבד שההתייעצות אינה במסגרת מעקב שגרתי הניתן עי רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע.

2.2 חו"ד שנייה בחו"ל

התייעצות עם רופא מומחה או מרכז רפואי בחו"ל, עקב מחלה או תאונה תכוסה בהתאם לתנאים הבאים:

2.2.1 התייעצות עם נותן שירות שבהסכם עם החברה תכוסה במלואה.

2.2.2 התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה תכוסה עד הסכום המשולם לנותן שירות שבהסכם או עד 6,200 ₪ הגבוה מביניהם.

2.2.3 במקרה בו חו"ד השנייה בחו"ל מחייבת נסיעת המבוטח לחו"ל, בהתאם לדרישת נותן השירות, ועל פי קריטריונים רפואיים מקובלים, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות טיסה ושהייה בגובה 10,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.

2.3 בדיקות רפואיות

2.3.1 המבוטח ישפה את המבוטח בגין בדיקות רפואיות שמטרתן אבחון או מניעת מחלה או לקביעת דרכי הטיפול במבוטח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקות ועד לסך של 7,500 ₪ לכל בדיקה ועד 15,000 ₪ לסך הבדיקות לשנת ביטוח.

מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל יכוסו במסגרת סעיף זה גם בדיקות דימות כגון: CARDIO CT חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה, בדיקת קפסולת וידאו לבדיקת המעינים הדקים, CT PET, הדמיית בלוטות ממוחשבת, MRI, תהודה מגנטית פונקציונאלית FMRI וכל בדיקה אחרת הדרושה לטיפול / אבחון / מניעה עבור המבוטח ובכל טכנולוגיה שהיא.

במקרה של בדיקות גנטיות או גנומיות או פתולוגיות ובדיקות מעבדה מתקדמות לאפיין והתאמת הטיפול לרבות אונקוטסט, אונקוטיפ, HER2; ERCC; BRCA TARGET NOW וכן הלאה, יכוסו בדיקות אילו עד לסך של 30,000 ₪.

לא יכוסו הוצאות הבדיקה במקרה של בדיקה המכוסה על פי פרק ב', תרופות מחוץ לסל, סעיף 2.2 לעיל.

במקרה שהבדיקה כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי מתבצע בחו"ל.

יובהר כי בדיקות גנטיות הקשורות להריון ו/או לעובר או בדיקות לאבחון קשב וריכוז או אבחון פסיכודידקטי אצל ילדים אינם מכוסים על פי סעיף זה.

2.4 טיפולי שיקום - שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק או טיפול ב-AMBLYOPIA

מבוטח הנזקק על פי הנחיית רופא מומחה בעקבות מצב רפואי או מחלה או תאונה לטיפול שיקומי (לרבות שיקום דיבור לאחר CVA) ו/או ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים יהיה זכאי לכיסוי הוצאות טיפולי שיקום בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 20% ועד תקרת החזר בגובה 250 ש"ח לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים למקרה ביטוח. במקרה של התעמלות לשיקום לבבי על פי הנחיית קרדיולוג, תקרת החזר תהיה בגובה 150 ש"ח לחודש למשך 9 חודשים.

2.5 הריון

2.5.1 בדיקות הריון למבוטחת - המבטח ישפה את המבוטחת בגין בדיקות הריון

להן נזקקת המבוטחת במהלך הריונה או בקשר להריונה לרבות בדיקות גנטיות לשלילת מומים מולדים או מחלות גנטיות או אבחון נשאות של מחלות גנטיות טרום הריון או אילו הדרושות במהלך ההריון וזאת עד לסך של 4,500 ש"ח לכל הריון. במקרה של הריון מרובה עוברים עד לסך של 6,500 ש"ח. המבוטחת תישא בהשתתפות עצמית בגובה 20%.

2.5.2 בדיקות גנטיות למבוטח - המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאותיו במקרה

של בדיקות גנטיות אותן נדרש המבוטח לבצע לשלילת מומים מולדים ו/או מחלות גנטיות, או אבחון נשאות של מחלות גנטיות בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 20% ועד תקרת החזר בגובה 1,500 ש"ח.

2.5.3 בנוסף לאמור לעיל המבטח ישפה את המבוטחת במקרה בו קיים צורך

בהפסקת הריונה, באמצעות שימוש בגלולה להפסקת הריון (כדוגמת: מייפג'ין), יכוסו הוצאות הטיפול עד לסך כולל של 2,500 ש"ח ובהשתתפות עצמית של המבוטחת בשיעור 20% מההוצאה.

2.6 פונדקאות

2.6.1 המבטח ישפה את המבוטח או את המבוטחת בגין הוצאות בדיקות הריון

כמפורט בסעיף 2.5 לעיל, שבוצעו באם פונדקאית.

2.7 טיפולי פוריות

החברה תשלם למבוטח או למבוטחת עבור הוצאות בהן נשא/ה בפועל כמפורט להלן:

2.7.1 במקרה של מבוטחת - ישולמו הוצאות בגין טיפולי הפריה לרבות טיפולי

הפריה חוץ גופית, הזרעה, שאיבה, הקפאה של ביציות או זרע לצורך שימור, טיפול תרופתי, בדיקות, ייעוץ וכן כל טיפול ושירות רפואי שמטרתו כניסת המבוטחת להריון ובכפוף להמלצת רופא מומחה בתחום.

במקרה של מבוטח - ישולמו הוצאות עבור בדיקות או טיפולים רפואיים או

תרופה או הקפאת זרע אותם נדרש המבוטח לבצע או לעבור בעצמו, בכפוף להמלצת רופא מומחה בתחום.

תגמולי הביטוח -

בגין טיפולים בישראל - סך תגמולי הביטוח אשר ישולמו על ידי המבטח לא

יעלה על 12,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

בגין טיפולים בחו"ל - סך תגמולי הביטוח אשר ישולמו בגין ההוצאות כאמור

לעיל לא יעלה על 18,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.

2.7.2. **תרומת ביצית** - במקרה בו המבוטחת אינה יכולה להרות מביציותיה ונוקקת לתרומת ביצית, יישא המבוטח בהוצאות הכרוכות והנלוות לקבלת תרומת ביצית מחו"ל כולל השתלת ביציות וכל ההוצאות הנלוות הכרוכות בתהליך זה. תגמולי הביטוח על פי סעיף זה הינם עד לסך מירבי של 10,000 ₪ לכל תקופת הביטוח ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 20%.

2.8. התפתחות הילד

2.8.1. **בדיקות אבחון התפתחות או לקויות למידה או בדיקות להפרעות קשב וריכוז** -

מבוטח יהיה זכאי לכיסוי הוצאות בגין הבדיקות כאמור לעיל בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 30% ועד תקרת החזר בגובה 1,870 ₪ לכל הבדיקות לכל 30 חודשי ביטוח

2.8.2. **טיפול בבעיות התפתחות הילד** -

מבוטח יהיה זכאי לכיסוי הוצאות אשר הוצאו בפועל והנדרשים על פי קביעת רופא מומחה להתפתחות הילד או נירולוג או פסיכיאטר ילדים או רופא ילדים או אם ניתנה המלצה ע"י המכון להתפתחות הילד או במקרה של קלינאי תקשורת תספק גם המלצה או אבחון של קלינאי/ת, כמפורט להלן:

טיפול פיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או קלינאות תקשורת ו/או פסיכולוגיה ו/או טיפול באמצעות בע"ח ו/או רכיבה טיפולית, בעקבות בעיה מאובחנת בהתפתחות הילד ו/או לקוי למידה ו/או ליקויי תקשורת, אצל ילדים מגיל 3 עד גיל 18 הנדרשים על פי קביעת רופא מומחה כאמור לעיל, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 30% ועד תקרה בגובה 175 ₪ לטיפול ולא יותר מ-24 טיפולים לכל 30 חודשי ביטוח. הטיפולים יינתנו ע"י מטפל המוסמך והמורשה לתת טיפול בתחום הרלוונטי או על ידי מכון המוסמך והמורשה לתת טיפול בתחום הרלוונטי וע"י מטפלים המורשים לכך בלבד.

2.8.3. **טיפולים בהרטבת לילה** - מבוטח יהיה זכאי לכיסוי טיפול בהרטבת לילה אצל ילד מבוטח בגילאים 5 עד 16 בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 30% ועד תקרת החזר בגובה 642 ₪ לטיפול ועד 5 טיפולים לכל 3 שנות ביטוח.

2.9. אביזרים רפואיים

כל אביזר רפואי (לרבות מדרסים, סד גבס קל, פיאה לחולה אונקולוגי, מכשירי עזר נשימתי כדוגמת CPAP, חגורות אורתופדיות אביזרי שמיעה, אביזר הנדרש בעקבות ניתוח או טיפול רפואי וכיו"ב), הנדרש למבוטח על פי קביעת רופא בגין מצב רפואי, מחלה או תאונה או ניתוח, יכוסה בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 30%, ועד תקרת החזר בגובה 3,000 ₪ לכל האביזרים לכל תקופת הביטוח.

2.10. בדיקות גנטיות מניעתיות

המבוטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות בהן נשא עבור אבחון לגילוי נשאות או חשד לנשאות של גנים סרטיניים או גנים של מחלות אחרות, לרבות ריצוף גנטי וזאת עד לסך של 4,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, בכפוף להפניה מרופא מומחה מטעם המבוטח ולהשתתפות עצמית בשיעור של 20%.

2.11. טיפולים רדיותרפיים ו/או כימותרפיים ו/או תרמוטרפיה

החזר בגין טיפולים רדיותרפיים או כימותרפיים או תרמוטרפיים עד לסך של 23,350 ₪ לכל שנת ביטוח. המבוטח יישא ב-20% השתתפות עצמית.

2.12. שמירת ביציות/ זרע

מבוטח/ת אשר בעקבות מחלתו מעוניין לבצע שמירת ביציות/ זרע יהיה זכאי, להשתתפות המבוטח בהוצאות הכרוכות והנלוות בגין שמירת ביציות/ זרע עד לסך מירבי של 10,000 ₪ לכל תקופת הביטוח ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 20%.

2.13. טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה

המבוטח ישפה את המבוטח עלות אביזרים או טיפולים או בדיקות הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מ-3,000 ₪ לכל שנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. חבות המבוטח על פי סעיף זה מותנית בקבלת המלצה בכתב מהרופא מטעם המבוטח לביצוע הבדיקה/ הטיפול.

2.14. טיפול בפצעים

המבוטח ישתתף בהוצאות המבוטח עבור טיפולים ע"י מקרופאגים או אוזון או כל שיטה אחרת הנדרשת לטיפול בפצעים פתוחים או מזהמים לרבות פצעי לחץ, ומכל סיבה רפואית אחרת בעת שהייה בבי"ח ו/או בבית או במרפאות מתמחות אשר ניתנו למבוטח על פי הוראת רופא מטעם המבוטח וזאת עד לסך של 5,000 ₪ לשנת ביטוח.

2.15. פיזיותרפיה/הידרותרפיה

מבוטח הנזקק לטיפול פיזיותרפיה או הידרותרפיה, יהיה זכאי לכיסוי הוצאות טיפולים כאמור בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 20% ועד תקרת החזר בגובה 152 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים בשנת ביטוח ובלבד שטיפולים אילו ניתנו על ידי מטפל מוסמך בתחום הרלוונטי ובכפוף להמלצת רופא מטעם המבוטח.

2.16. טיפול בגלי הלם/גלי קול/גלי רדיו/לייזר/שדות מגנטיים, למעט טיפולים המכוסים בסעיף 2.18 להלן.

מבוטח הנזקק על פי הנחיית רופא מומחה בתחום הרלוונטי לטיפולים כאמור לעיל ובתנאי שהטיפול אינו מכוסה בפרק ה' או ו' או ז' ניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל, יהיה זכאי לכיסוי הוצאות הטיפול, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 20% ועד תקרת החזר בגובה 4,000 ₪ לשנת ביטוח.

2.17. זריקות והזרקות

המבוטח יישא בעלות זריקה/ות או הזרקות, הזרקת חומרי סיכוך כדוגמת בוטוקס רפואי, אוטוקין, PRP, חומצה הילאורנית, זריקות להזעת יתר, הזרקות לגפיים במקרה של היווצרות דליות שבוצעו במבוטח לצורך רפואי שלא במסגרת אשפוז בכפוף להמלצה של רופא מומחה מטעם המבוטח עד לסך של 4,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% ובלבד שההוצאה אינה מכוסה בפרק ה' או ו' או ז' ניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל. יובהר, זריקות להקלה על כאב המכוסות בסעיף 2.18 להלן, לא יכוסו על פי סעיף זה.

2.18. טיפולים ו/או הזרקות להקלה על כאב ובתנאי שהטיפול אינו מכוסה בפרק ה' או ו' או ז' ניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל.

מבוטח הנזקק על פי הנחיית רופא מומחה בתחום הרלוונטי לטיפול בכאב יהיה זכאי לכיסוי הוצאות הטיפול, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 20% ועד תקרת החזר בגובה 3,000 ₪ לכל שנת ביטוח.

במסגרת זו לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה וכן לא יכסו טיפול או שימוש באמצעות קנאביס.

2.19. חוות דעת לבדיקה פתולוגית בארץ או בחו"ל אצל רופא מומחה בתחום -

המבוטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות עבור חוות דעת פתולוגית, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח ועד לסך של 2,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.

2.20. חוות דעת שנייה על ידי רדיולוג - המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לרופא רדיולוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה עד לסך של 2,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

2.21. הוצאות החלמה לאחר ניתוח או אשפוז מעל 5 ימים

במקרה של ניתוח או אשפוז מעל 5 ימים, לאחריו נדרש המבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי ו/או מבצע הטיפול הרפואי בפועל, להחלמה בבית החלמה מוכר או במוסד שיקומי יכוסו הוצאות ההחלמה שהוצאו במהלך 6 החודשים שלאחר הטיפול הרפואי, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 20% ועד תקרת החזר בגובה 600 ₪ ליום, ועד 15 ימים ברציפות.

2.22. טיפולים אונקולוגיים

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין הוצאות בהן נשא בפועל עבור טיפולים אונקולוגיים עד לסך של 40,000 ₪ לתקופת ביטוח. במקרה של התייעצות אצל רופא מומחה עד לסך 1,500 ₪ להתייעצות ועד 2 התייעצויות.

2.23. שירותי אחיות לאחר ניתוח

המבטחת תשתתף בהוצאות המבוטח בגין שכירת שירותי אחות/מוסמכים באופן פרטי בבית החולים במהלך ימי האשפוז הרציפים שלאחר הניתוח, עד לתקרה של 700 ₪ בגין כל יום אשפוז, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז לכל ניתוח.

2.24. משדר קרדיולוגי - המבטח ישפה את המבוטח בגין 80% מההוצאה בפועל עבור הוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי לרבות עלות שכירת/רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או שהמבוטח זקוק על-פי אישור רופא מומחה למנוי כזה מיד לאחר אוטם שריר הלב בו לקה וזאת עד 150 ₪ לחודש ועד 12 חודשים.

2.25. קנאביס רפואי (או קנאבוס) לצורך רפואי בלבד:

המבטח ישפה את המבוטח בגין רכישת קנאביס בכפוף לתנאים הבאים:

1. המבוטח חולה באחת או יותר מהמחלות או המצבים הבאים: מחלה אונקולוגית או מחלת פרקינסון או טרשת נפוצה או זאבת או ניוון שרירים, פגיעה מוחית אשר גרמה לירידה תפקודית של המבוטח.

2. השימוש בקנאביס יהיה אך ורק למטרות רפואיות לצורך טיפול באחד או יותר מהמחלות שהוזכרו לעיל או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלה או מצב רפואי של המבוטח ובכפוף להמלצה רפואית שניתנה למבוטח ע"י רופא מומחה ובכפוף לאישור שימוש וניפוק רשיון לשימוש על ידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות.

3. יובהר כי יאושר שימוש בקנאביס רפואי אך ורק בהתאם להוראות משרד הבריאות ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהונפק למבוטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי והרישיון בתוקף במהלך השימוש על ידי המבוטח.

תגמולי הביטוח עבור רכישת קנאביס רפואי ישולמו בכפוף להמצאת קבלות, ובהתאם למפורט להלן:

גבול אחריות עבור סך ההוצאות בחודש קלנדרי בגין רכישת קנאביס רפואי הינו עד לסך של 1,000 ₪ עבור כל חודש קלנדרי, ועד תקרה מירבית של 20,000 ₪ לתקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בסך 150 ₪ לחודש.

2.26. תקופת אכשרה

על הכיסויים הנקובים בסעיף 2.5, 2.6 ו-2.7 תחול תקופת אכשרה בת 180 יום. תקופת אכשרה תחול אך ורק על מבוטחים חדשים שלא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת ואשר הצטרפו לפוליסה זו לאחר כניסתו של הסכם זה לתוקף.

פרק ט': טכנולוגיות רפואיות מתקדמות

1. הגדרה:

טיפול או אבחון במצב רפואי, באמצעות טכנולוגיה רפואית המאפשרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או שהינה מוכרת בעת ביצוע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים על ידי הרשויות במדינות המוכרות (המוגדרות בפוליסה) כטכנולוגיה מקובלת או מתקדמת בישראל או בחו"ל בין אם כלולה בסל ובין אם לאו, בין אם הינה קיימת או תהיה קיימת בעתיד ובלבד שניתנה במסגרת אשפוז בבית חולים או במסגרת מרפאות מתמחות המוסמכות לטפל באמצעות טכנולוגיה מתקדמת.

2. מקרה הביטוח:

קבלת טיפול רפואי באמצעות טכנולוגיה רפואית כהגדרתה לעיל אשר ניתנה למבוטח במהלך תקופת הביטוח ובכפוף להפניית רופא רלוונטי בתחום הרפואי מטעם המבוטח.

3. התחייבות המבטח:

המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאותיו עד לתקרה בגובה 30,000 ש"ח למקרה ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

4. חריגים לפרק זה:

המבטח לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי פרק זה תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 4.1 טיפולים קוסמטיים או אסתטיים.
 - 4.2 טיפולים ניסיוניים.
 - 4.3 טיפול תרופתי לרבות תרופות הומאופטיות, קנאביס, וויטמינים/תוספי מזון.
 - 4.4 טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.
 - 4.5 טיפולי פוריות.
 - 4.6 הריון או לידה למעט אם נדרשו טיפולים במסגרת אשפוז בבית חולים בעקבות סיבוך הריון או סיבוך לידה.
 - 4.7 טיפולי שיניים/חניכיים.
- יובהר, טיפול בתא לחץ לצורך טיפול רפואי לא ייחשב כטיפול ניסיוני והמבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בהוצאות בהן נשא המבוטח ובלבד שניתנה המלצת רופא לטיפולים אילו עקב צורך רפואי ובלבד שהטיפולים יינתנו באחד מהמרכזים הרפואיים הבאים:
- בית חולים איכילוב.
 - בית חולים אסף הרופא (צריפין).
 - בית חולים אלישע (חיפה).
 - המכון לרפואה ימית (חיפה).
 - בית חולים יוספטל (אילת).
 - בית חולים הדסה עין כרם (ירושלים).

פרק י': כתב שירות שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

1. מבוא

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

2. הגדרות

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

"החברה"	הראל חברה לביטוח בע"מ.
"ספק השירות" או "הספק"	הגוף עמו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה, אשר פרטיו מפורטים בדף פרטי הביטוח.
"מוקד השירות" או "המוקד"	קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו ייוסחו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי פוליסה זו. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: 072-2756606.
"הפוליסה"	הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה.
"מנוי"	אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב השירות והינו זכאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות.
"דמי מנוי"	הסכומים בגין כתב שירות זה שעל המנוי לשלם לחברה, על פי תנאי כתב שירות זה, כמפורט בפוליסה.
"דף פרטי הביטוח"	דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין היתר, את פרטי המנוי, דמי המנוי, המועד הקובע ופרטים נוספים הנוגעים לכתב השירות.
"המועד הקובע"	מועד כניסתו לתוקף של כתב השירות, לגבי המנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
"כתב השירות"	כתב שירות זה המקנה, על פי הוראותיו, זכאות למנוי לקבלת השירותים.
"נותן השירות"	מטפל באחד או יותר מתחומי השירותים אשר עבר הכשרה לעסוק בתחום הטיפול בו הוא משמש כמטפל.
"נותן שירות שבהסכם"	נותן שירות עמו התקשר הספק למתן השירותים למנויים ובלבד שהינו צד להסכם התקשרות עם הספק במועד פניית המנוי למוקד לצורך קבלת השירות.
"נותן שירות אחר"	נותן שירות שאינו נותן שירות שבהסכם.
"השירות" או "השירותים"	שירותי רפואה משלימה הכלולים במפורש ברשימה שבסעיף 3.1 להלן, בהתאם לתיאור המפורט בצדמ שיינתנו למנוי על פי הוראות כתב שירות זה.

"השתתפות עצמית"	סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו לשם קבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות.
"סכום השיפוי המרבי"	הסכום המרבי שישלם הספק למנוי בגין השירותים כמפורט בכתב השירות.
"רופא"	מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.
"שנה"	כהגדרתה בפוליסה.
"תקופת אכשרה"	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי ממועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי המנוי, ומסתיימת בתום 90 יום ממועד כניסת כתב השירות לתוקף לגבי המנוי שבמהלכה לא יהיה זכאי המנוי לקבלת השירותים מכוח כתב השירות (למעט שירותים הנדרשים בעקבות תאונה). תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופה שבה הוא מנוי ברצף, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לכתב השירות מחדש, בתקופות בלתי רצופות. הספק לא יספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה. לעניין זה "תאונה" - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה 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 יחשבו כ"תאונה".

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

3. השירותים

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

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

- 5.3. סידרת הטיפולים לה יהא זכאי המנוי, תכלול עד 12 (שניים עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת, בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או מספר בעיות רפואיות באותה שנה, ובין אם הטיפולים יינתנו ע"י נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירות שפורטו לעיל ובין אם בטיפול משולב של נותני שירות בתחומי שירותים שונים, ובכל מקרה לא יותר מ-12 טיפולים בשנת ביטוח אחת.
- 5.4. אישר מוקד השירות בכתב את זכאות המנוי לשירות המכוסה על פי הוראות כתב השירות, יהיה זכאי המנוי לבחור את קבלתו כדלקמן:
- 5.4.1. פגישת הייעוץ הראשונה, תתואם על ידי מוקד השירות תוך 2 ימי עסקים מקבלת פניית המנוי למוקד. סדרת הטיפולים ומועד המדויק, יתואמו במלואם ע"י המנוי, מול נותן השירות שבהסכם אצלו נערך הייעוץ הראשוני.
- 5.4.2. המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות.
- 5.4.3. רשימת נותני השירותים שבהסכם, תשתנה מעת לעת.
- 5.4.4. השתתפות עצמית:
- המנוי ישלם בגין קבלת השירות אצל נותן השירות שבהסכם, השתתפות עצמית כמפורט להלן:
- 5.4.4.1. סך של 70 ₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם בבית המנוי בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.6 עד 3.1.6 לעיל.
- 5.4.4.2. סך של 55 ₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע במרפאת נותן השירות שבהסכם בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.1- עד 3.1.14 לעיל.
- סכום ההשתתפות העצמית ישולם על ידי המנוי לנותן השירות שבהסכם או לספק, כפי שיימסר לו על-ידי מוקד השירות אך בשום אופן לא באמצעות החברה.
- על המנוי לשלם את סכום ההשתתפות העצמית לצורך קבלת השירותים בפועל.**
- 5.4.5. השירותים על-פי כתב השירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.
- 5.4.6. במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מידי ולא פחות מ-12 שעות טרם מועד הטיפול. **למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם.**
- 5.5. למען הסר ספק יובהר כי בכל מקרה לא יהיה זכאי המנוי לטיפולים מעבר לתקרת הטיפולים לשנה כנקוב בסעיף 5.3 לעיל בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או מספר בעיות רפואיות באותה שנה, ובין אם הטיפולים יינתנו על ידי נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.
- 5.6. במקרים בהם אישר מוקד השירות קבלת שירות שלא במסגרת נותן שירות שבהסכם כאמור בסעיף 3.2 לעיל, ישפה הספק את המנוי בסך 50% מעלות הטיפול ששולמה על ידי המנוי בפועל ולא יותר מ-100 ₪ לטיפול. תשלום זה יתבצע כנגד מסירת קבלות או העתקן על תשלום הטיפול אצל נותן שירות אחר שאינו בהסכם. למען הסר ספק, גם במקרה זה יהיו תקפים כל התנאים המפורטים בכתב השירות לרבות מכסת הטיפולים ורשימת השירותים.

6. אופן קבלת השירותים

- 6.1. נזקק מנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו, ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי בגינו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש.
- 6.2. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום שעות שעת סיום צום יום כיפורים. **הספק רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות, בתיאום ובאישור החברה, ובלבד שימסור על כך הודעה מראש בכתב למנויים.**
- 6.3. המנוי יעביר לספק, באופן שיורה לו מוקד השירות, את ההפניה בכתב מהרופא לקבלת השירות בשל מצבו הרפואי כאמור בסעיף 5.1 לעיל.
- 6.4. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 6.5. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו, למעט כמצוין בסעיף 3.3 לעיל.
- 6.6. עם סיום כל טיפול, יחתום המנוי על ספח ביקורת המאשר את קבלת הייעוץ או הטיפול.
- 6.7. ספק השירות מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף זה לעיל.

7. חריגים

- 7.1. המנוי לא יהיה זכאי לשירותים ו/או לשיפוי או החזר הוצאות שהוצאו בגינם, כולם או מקצתם, בכל עניין הקשור ו/או הנובע מהמקרים הבאים:
 - 7.1.1. בעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים. (עישון, סמים, אלכוהול).
 - 7.1.2. תחומי הרדיה, בעיות השמנת יתר, שינויי משקל, למעט במקרה בו נקבע על ידי רופא בכתב כי קבלת הטיפול בגין נושאים אלו נובעת מצורך רפואי כאמור בסעיף 3.1.8.
 - 7.1.3. השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.
 - 7.1.4. קבלת שירות אצל נותן שירות שאינו נותן שירות בהסכם למעט כאמור בסעיף 5.6 לעיל.
 - 7.1.5. פגיעה בפעילות נותן השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת נותן השירות.

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

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

9. תשלום דמי המנוי

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

- 9.3. אם לא ישולמו דמי המנוי במלואם, אזי:
- 9.3.1. החברה תהיה זכאית לבטל את כתב השירות על-פי נספח זה בהתאם להוראות חוק חוזה ביטוח, תשמ"א-1981.
- 9.3.2. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, לא שולמו דמי הביטוח, כולם או מקצתם במועד, יתווספו לסכום שבפיגור וכחלק בלתי נפרד ממנו הפרשי הצמדה כאמור בסעיף 10.3 להלן וכן ריבית כפי שתיקבע על-ידי החברה באותה עת, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעונו בפועל לחברה, ובלבד ששיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המרבי בהתאם לחוק הריבית, התשי"ז-1957.

10. תוקפו של כתב השירות

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

11. תנאי הצמדה

כל הסכומים הנקובים בכתב השירות יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.

פרטי התקשרות

מדנס סוכנות לביטוח

מוקד שירות טלפוני: 03-6380474

שלוחה 1: מוקד השירות לאחר הצטרפות

שלוחה 2: מוקד ההצטרפויות

מדנס מעניקה שירות דיגיטלי גם

באמצעות דוא"ל: cal@madan.es.com

המענה יינתן תוך יום עסקים אחד בלבד

וואטסאפ 052-8259424

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000

וואטסאפ 052-7544589

ניתן להגיע אלינו גם באמצעות הלינק:

www.harel-group.co.il/t/WWVZXMECW2AQ

אבא הלל 3, בית הראל,

ת"ד 10951, רמת גן 5252202