

ביטוח בריאות קבוצתי
לעובדי החברה להעצמה אישית
ובני משפחותיהם

הראל
ביטוח ופיננסים

מדנס
סוכנות לביטוח בע"מ
בריאות | חיים | חבויית | רכוש | פנסיוני

תוכן עניינים

3	גילוי נאות
	פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי
16	החברה להעצמה אישית ובני משפחותיהם
16	פרק מבוא - הגדרות ותנאים כלליים
34	פרק א': השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל
39	פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
43	פרק ג': כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
	פרק ד': ביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים
45	מחליפי ניתוח בארץ (כיסוי מ"השקל הראשון").
48	פרק ד' 1: כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן
52	פרק ה': שירותים אמבולטוריים
58	פרק ו': כתב שירות - "רופא מלווה אישי"
68	נספח - פיצוי בגין מחלה קשה

גילוי נאות

כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	טלפון 2735 * פקס 03-7348178
---	---	--	--------------------------------

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי החברה להעצמה אישית ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי החברה להעצמה אישית ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	השתללות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים מחליפי ניתוח בארץ או כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), שירותים רפואיים אמבולטוריים, כתב שירות "רופא מלווה אישי", פיצוי בגין מחלה קשה (נספח הרחבה - למעט יחידת פיצוי אחת לילד). * בהתאם לכיסויים שנרכשו ע"י המבוטח.
תקופת הביטוח	3 שנים, החל מיום 1.9.2022 ועד ליום 31.8.2025.
תיאור הביטוח	השתללות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתללה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטים בפרק זה. כמו כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה. ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (לבעלי שב"ן) מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

תמצית פרטי הפוליסה	
תיאור הביטוח	ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבטוח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים, רפואה משלימה ועוד. כתב שירות "רופא מלווה אישי" קבלת מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול ובמהלך ההחלמה. בהשתתפות עצמית של 380 ₪. פיצוי בגין מחלה קשה (נספח הרחבה-למעט יחידת פיצוי אחת לילד (כמפורט באופן ההצטרפות) פיצוי בגין מקרה של גילוי מחלה קשה או אירוע חמור המפורטים בפוליסה.
הפוליסה אינה מכסה את המבטוח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה - סעיף 11. פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סעיף 4. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 2. פרק ד': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ סעיף 4. פרק ד'1: כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - סעיף 6. פרק ו': כתב שירות "רופא מלווה אישי" - סעיף 2.1.2, 2.2.2, 2.7.2, 2.12.2, 2.13.2, 2.14.2, 2.15.2, 2.22.2, 2.23.2, 2.24. פרק ז': פיצוי בגין מחלה קשה - סעיף 5. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.
גובה הפיצוי הכספי שאקבל	פרק א': השתלות, סעיף 3.4.12 - פיצוי בגובה 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל. סעיף 3.6 - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪ שישולם לפני ביצוע ההשתלה, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. סעיף 3.7 - פיצוי בסך 373,000 ₪ עבור ביצוע השתלה בחו"ל, למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית) ו-110,000 ₪ עבור ביצוע השתלה בארץ, ללא מעורבות החברה ובכפוף לחוק השתל איברים. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, סעיף 1.5.5: פיצוי בגובה 200,000 ₪ בגין מוות כתוצאה ישירה מהניתוח. פרק ז': פיצוי מחלות קשות, פיצוי בגובה 53,280 ₪ ליחידת פיצוי. עבור מקרה ביטוח ראשון. עבור מקרה ביטוח ראשון של השתלת איברים (Organ Transplantation) לב, ריאה, כבד יהא ערך כל יחידת ביטוח בסך 106,560 ₪. ניתן לרכוש עד 2 יחידות ביטוח בלבד. סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהא 50% מסכום הביטוח הקבוע למקרה ביטוח ראשון.

תמצית פרטי הפוליסה	
פרק ד': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים. פרק ד'1: כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים. פרק ה': שירותים רפואיים אמבולטוריים, תקופת אכשרה של 9 חודשים עבור הריון, לידה ופונדקאות. עבור התפתחות הילד, אביזרים רפואיים ורפואה משלימה, טיפולים בכאב וטיפול חיסוני - תקופת אכשרה של 6 חודשים. פרק ו': כתב שירות "רופא מלווה אישי", תקופת אכשרה של 90 ימים. פרק ז': פיצוי בגין מחלה קשה, לקבלת תשלום בגין מקרה ביטוח שני תהא תקופת אכשרה בת 270 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון.	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, השתתפות עצמית בסך 160 ₪ לחודש ועד סה"כ 320 ₪ לחודש במקרה של כמה מרשמים באותו החודש. לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 3,000 ₪ לחודש. סעיף 3.7 - השתתפות עצמית של 160 ₪ עבור ויטמינים ו/או תוסף תזונה ו/או קנאביס רפואי למחלת הסרטן. פרק ה': שירותים אמבולטוריים, השתתפות של 20% עבור התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח, בדיקות רפואיות אבחנתיות, לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית, אביזרים רפואיים, שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי, אח/ות פרטית, הדפסת איברים, בדיקת ראייה באשפוז, ביקור רופא אצל המבוטח, טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים, טיפולים ברפואה משלימה, בדיקות ושירותים להריון, אם פונדקאית, טיפולי פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל, אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון, טיפול חיסוני (אימונותרפיה). השתתפות עצמית של 15% עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה, בדיקות פתולוגיות, טיפול ע"י מקרופאגים. השתתפות עצמית של 25% עבור מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה. פרק ו': כתב שירות "רופא מלווה אישי", השתתפות עצמית של 380 ₪.	השתתפות עצמית
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים

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

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח		
גיל המבוטח	דמי הביטוח החודשיים בש"ח - מסלול מה"שקל הראשון" - פרק א'	דמי הביטוח החודשיים בש"ח - מסלול משלים- שב"ן פרק א'
עד גיל 20 (ילד שלישי ואילך - חינם. נכדים - כולם משלמים בהתאם למפורט בסעיף 6.1 לתנאים הכלליים)	33.00 * ₪	32.00 ₪
21 עד 30	103.00 ₪	102.00 ₪
31 עד 40	149.00 ₪	148.00 ₪
41 עד 50	175.00 ₪	174.00 ₪
51 עד 55	279.00 ₪	278.00 ₪
56 עד 60	331.00 ₪	330.00 ₪
61 עד 65	420.00 ₪	419.00 ₪
66 ואילך	479.00 ₪	478.00 ₪

*לילד דמי הביטוח כוללים בנוסף לפרקים א'-ו' גם יחידת פיצוי אחת של נספח גילוי מחלה קשה.

בגין ילד שלישי ואילך לא ישולמו דמי ביטוח כמפורט בנספח זה. למען הסר ספק יובהר, כי נכדים לא יהיו זכאים להנחת "ילד שלישי ואילך חינם".

תמצית פרטי הפוליסה		עלות הביטוח
נספח פיצוי בגין מחלה קשה		
גיל המבוטח	דמי הביטוח ליחידה של 53,280 ₪ ניתן לקנות עד שתי יחידות	
עד גיל 21 (ילד שלישי ואילך-חינם. נכדים - כולם משלמים בהתאם למפורט בסעיף 6.1 לתנאים הכלליים)	4.56* ₪	
22 עד 30	7.00 ₪	
31 עד 35	12.30 ₪	
36 עד 40	19.30 ₪	
41 עד 45	30.55 ₪	
46 עד 50	51.10 ₪	
51 עד 55	84.00 ₪	
56 עד 60	124.70 ₪	
61 עד 65	186.30 ₪	
66 עד 70	273.50 ₪	
*ילד - ניתן לרכוש רק עוד יחידת פיצוי אחת (דמי הביטוח לילד בגין הביטוח פרקים א'-ו' כולל גם יחידת פיצוי אחת של מחלות קשות). (עפ"י מדד שפורסם ביום 15.8.2022).		
דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת. שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי.		
מדי 12 חודשים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.		שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משלוש האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 3.3, 3.4 או 3.6 או 3.7 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	השתלה לפי סעיף 1.3 - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) שמקורם במבוטח עצמו, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד.	סעיף 3.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.1 - עד לסך של 5,350,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.	
	סעיף 3.6 - פיצוי לפני ביצוע השתלה בחו"ל ולא נדרשה ההשתתפות של החברה.	סעיף 3.6 - פיצוי בסך 373,000 ₪ למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי.	
	סעיף 3.7 - פיצוי חד פעמי להשתלה והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו, למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית.	סעיף 3.7 - פיצוי חד פעמי בסך 373,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה. 110,000 ₪ - עבור ביצוע השתלה בארץ.	

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 3.2 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.2 - עד לסך של 1,100,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 3.8 לאחר ביצוע השתלה.	סעיף 3.8 - סכום חודשי בסך 5,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים. במקרה של השתלת קרנית אשר עבודה תשולם גמלה של 3,000 ₪ למשך 3 חודשים. למעט במקרה של השתלת מח עצם עצמית אשר עבודה תשולם גמלה של 3,000 ₪ למשך 12 חודשים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ₪. הסכום יתחדש אחת ל-30 חודשים כמפורט בסעיף 3.1 לפרק זה. עבור תרופות לפי סעיף 29 ג' ותרופות יתום - סכום מירבי של עד 1,000,000 ₪. במידה ותוכח יעילותה של התרופה למצבו הרפואי של המבוטח, תוגדל התקרה ותהיה עד 2,000,000 ₪ לתקופת הביטוח. עבור בדיקות גנטיות להתאמת תרופה - עד 43,000 ₪ למקרה ביטוח. עבור ויטמינים ו/או תוסף תזונה ו/או קנאביס רפואי למחלת הסרטן - עד 1,000 ₪ לחודש ועד 15,000 ₪ לכל 3 שנים, בכפוף להשתתפות עצמית של 150 ₪ לחודש.	השתתפות עצמית בסך 160 ₪ לחודש. במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על 320 ₪. לא תנוכה ההשתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 3,000 ₪ לחודש
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.6 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	עד לסך של 215 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 120 ימים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	סעיף 1 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות העברה יבשתית תותבות ועוד.	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן שיפוי עד 270,000 ₪.
הוצאות שהייה	סעיף 1.5.2 בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 7 ימים.	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 750 ₪ ליום ועד 21 ימים. למבטח מתחת לגיל 18 - עבור שני מלווים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 1.5.3 בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל וכתוצאה ישירה מהניתוח.	כיסוי מלא
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ 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.	

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/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 ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.	

ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים בפרק קיימים כיסויים נוספים על פי המפורט בתנאי הפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	סעיף 3 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 5 - במקרה של בדיקות הקשור בהיריון ופונדקאות - 9 חודשים. עבור התפתחות הילד, אביזרים רפואיים ורפואה משלימה, טיפולים בכאב, טיפול חיסוני- 6 חודשים.	
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה).	כיסוי עד ל-800 ש"ח להתייעצות ועד סה"כ 3 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 3.3 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 16,000 ש"ח עבור כל הבדיקות למבוטח לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים והידרותפיים	סעיף 3.6 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים והידרותפיים לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-2,700 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח		
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 3.23 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	כיסוי עד 5,500 ש"ח לכל הריון. במקרה של הריון מרובה עוברים - עד 8,000 ש"ח להריון.	סעיף 5 - 9 חודשים	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.			

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

פיצוי בגין מחלה קשה נספח הרחבה - למעט יחידת פיצוי אחת לילד (כמפורט באופן ההצטרפות)		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) ³
מחלות קשות	<u>סעיף 1:</u> קבוצה 1: מחלת כבד סופנית (שחמת), אי ספיקת כבד פולמינגטית, השתלת איברים, מחלת ריאות כרונית חסימתית, עמילואידוזיס ראשונית, תרדמת, רשת נפוצה, ניוון שרירים מסוג ALS, דלקת חיידקית של קרום המוח, דלקת מוח, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, פגיעה מוחית עקב תאונה, תשישות נפש, פרקינסון, אי ספיקת כליות סופנית. קבוצה 2: איבוד גפיים, חירשות, עיוורון, פוליו, שיתוק, אילמות, אובדן דיבור, כוויות קשות. קבוצה 3: אוטם חריף בשרירי הלב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, קרדיומיופטיה, שבץ מוחי. קבוצה 4: סרטן, גידול שפיר של המוח, אנמיה אפלסטית חמורה.	תרדמת - 96 שעות; תשישות נפש - 3 חודשים; שבץ מוחי - 8 שבועות; אובדן דיבור - 6 חודשים; טרשת נפוצה - 2 חודשים; ניוון שרירים - 3 חודשים; דלקת קרום המוח - 3 חודשים; דלקת חיידקית של קרום המוח - 3 חודשים.
תגמולי הביטוח	פיצוי בסך 53,280 ₪. עבור מקרה ביטוח ראשון של השתלת איברים (Organ Transplantation) לב, ריאה, כבד יהא ערך כל יחידת ביטוח בסך 106,560 ₪. ניתן לרכוש עד 2 יחידות ביטוח בלבד. סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהא 100% מסכום הביטוח הקבוע למקרה ביטוח ראשון.	

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם היום 15.8.2022.

³תקופת המתנה - תקופה המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגינה אין המבוטח זכאי לפיצוי או לשיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

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.

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית לעובדי וגמלאי החברה להעצמה אישית ובני משפחותיהם

פרק מבוא הגדרות ותנאים כלליים

1. הגדרות:

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח וכל הנספחים.

- 1.1. "החברה" או "המבטח" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3. "בעל הפוליסה" - החברה להעצמה אישית
- 1.4. "תאריך תחילת הביטוח"/"המועד הקובע" - 1.9.2022.
- 1.5. "תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.6. "הסכם הביטוח" - חוזה הביטוח מיום 1.9.2022 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית לעובדי בעל הפוליסה גמלאי ובני משפחותיהם, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.7. "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח של המבוטח כנקוב בדף פרטי הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.8. "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.9. "בית חולים ציבורי" - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.10. "בית חולים פרטי" - בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/שר"ן ו/או קרנות מחקר.
- 1.11. "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
- 1.12. "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.13. "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.14. "רופא מומחה" - רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים או מרשויות מוסמכות בחו"ל.
- 1.15. "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.16. "אשפוז" - שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 1.17. "נותן שירות/ ספק שבהסכם" - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 1.18. "אח/ות" - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.

1.19. **"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, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 1 להלן. **ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".** הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.

1.20. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמין כן, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבוטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי ייחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. **ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".** הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.

1.21. **"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; הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.

1.22. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.

1.23. **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי או שהטיפול ניתן במכון מוסמך של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

1.24. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.

- 1.25. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר אינו מאושר ע"י אף אחת מהרשויות המוסמכות בישראל או ע"י ה-FDA ו/או ע"י רשות מוסמכת במדינות האיחוד האירופי, קנדה ו/או אוסטרליה, לטיפול במצבו הרפואי הספציפי של המבוטח;
- 1.26. **"בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.
- 1.27. **"יום אשפוז"** - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ-24 שעות.
- 1.28. **"יועץ מלווה"** - היועץ המלווה אשר ילווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה.
- 1.29. **"המבוטח/ים"** - עובדים אצל בעל הפוליסה המועסקים במישרין או בעקיפין ע"י בעל הפוליסה לרבות עובד בתקן, עובד בשכר שעה, עובד בחוזה מיוחד, עובד בחוזה אישי, בני/בנות זוגם (כולל בני אותו המין) וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים, לרבות ידוע/ה בציבור, גמלאים של בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם וילדיהם, לרבות ידוע/ה בציבור, שארים של גמלאים וילדיהם, אשר הצטרפו ו/או יצטרפו לפוליסה.
- 1.30. **"מבוטחים קיימים"** - מבוטחים אשר היו מבוטחים במועד תחילת הפוליסה במסגרת הפוליסה הקודמת, למעט בני זוג של ילדים בוגרים וילדיהם (נכדים) אשר לא יכללו במסגרת פוליסה זו.
- 1.31. **"עובד קיים"** - כל מי שהינו עובד אצל בעל הפוליסה בין במישרין ובין בעקיפין במועד תחילת הפוליסה, המועסק על ידי בעל הפוליסה במישרין או בעקיפין, בכלל זה מי שנמצא/ת בחופשת לידה או חל"ת.
- 1.32. **"עובד חדש"** - עובד שלא היה מועסק אצל בעל הפוליסה במישרין או בעקיפין במועד תחילת הפוליסה.
- 1.33. **"פוליסה קודמת"** - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.34. **"שירותי בריאות נוספים (שב"ן)"** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.35. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.36. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.37. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט - 2009.
- 1.38. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.
- 1.39. **"ועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן 1999).
- 1.40. **"תקופת אכשרה"** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה.

- 1.41. **"תקופת המתנה"** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מניין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת ההמתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשת בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.
- 1.42. **"גיל הפרישה המוקדמת"** - כמשמעותו בסעיף 5 - לחוק גיל פרישה התשס"ד-2004.
- 1.43. **"גמלאי"** - מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה: (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו. (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.
- 1.44. **"ילד"** - עד גיל 21.
- 1.45. **"גיל"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו, ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.
- 1.46. **"דמי הביטוח או הפרמיה"** - הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה על פי תנאי הפוליסה.
- 1.47. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- 1.48. **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי הבראות.
- 1.49. **"מדד הבסיס"** - המדד הידוע ביום 1.8.2022 אשר פורסם ביום 15.7.2022.
- 1.50. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.51. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.52. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.53. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.54. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.55. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח.

למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטרבות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".

1.56. "סל שירותי הבריאות" - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.

2. תחילת ותום תקופת הביטוח - לגבי המבוטחים:

2.1. תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, על כל נספחיהם, לגבי כל אחד מהמבוטחים, יחל בהתאם למאוחר מהסעיפים הבאים:

2.1.1. עובד ובני משפחתו - במקרה של הצטרפות בתקופה בה לא נדרש מילוי הצהרת בריאות כמפורט בסעיף 3 להלן, במקרה בו מילא טופס הצטרפות עד ל-15 בחודש, יהא מבוטח החל מהראשון לחודש בו מילא טופס הצטרפות במקרה בו מילא טופס הצטרפות לאחר ה-15 לחודש, יהיה מבוטח בראשון לחודש העוקב.

2.1.2. עובד ובני משפחתו או גמלאי ובני משפחתו - במקרה של הצטרפות עם הצהרת בריאות כמפורט בסעיף 3 להלן, במקרה בו הסתיים הליך החיתום עד ה-15 בחודש, יהא מבוטח החל מהראשון לחודש בו הסתיים הליך החיתום במקרה בו הסתיים הליך החיתום לאחר ה-15 בחודש, יהא מבוטח החל מהראשון לחודש העוקב לחודש בו הסתיים הליך החיתום.

2.1.3. יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף כמפורט בסעיף 4 להלן.

2.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

2.2.1. היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים, במידה ולא המשיך להיות מבוטח כגמלאי של בעל הפוליסה. ביום סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה - הביטוח יסתיים הן לגבי המבוטח העובד והם לגבי בני משפחתו המבוטחים.

2.2.2. בתום תקופת הסכם הביטוח כמצוין בסעיף 4 להלן.

2.2.3. היום האחרון בחודש במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, מסיבה כלשהי.

3. אופן הצטרפות

3.1. אופן הצטרפות לפרקים א'-ו'

3.1.1. **מבוטחים קיימים** - מבוטחים קיימים כהגדרתם בסעיף 1.30 לעיל, יצורפו לביטוח לפרקים א'-ו באופן אוטומטי (אוטומטי) ובכפוף לכך שלא ביקשו לבטל את הביטוח עד ליום תחילת הביטוח. וזאת ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. מועד תחילת הביטוח עבור מבוטחים קיימים, יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח הקודם.

מבוטחים קיימים אשר במסגרת הפוליסה הקודמת נקבעו להם החרגות, החרגות אלו יבוטלו בתום 12 חודשים ממועד תחילת פוליסה זו.

3.1.2. **עובד חדש/ עובד קיים שלא היה מבוטח בביטוח הקודם** - עובד חדש אצל בעל הפוליסה או עובד שלא היה מבוטח בפוליסה הקודמת או עובד שחזר מחל"ת ובתנאי שבמועד תחילת ההסכם היה בחל"ת, יכול להצטרף לביטוח לפרקים א'-ו בכפוף למילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממשו את זכאותם תוך 120 יום מהמועד בו החל העובד לעבוד אצל בעל הפוליסה או תוך 120

יום ממועד תחילת ביטוח זה או 120 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת.
למען הסר ספק לאחר 120 ימים הצורך יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות
וחיתום רפואי.

3.1.3 בני משפחה של עובד

3.1.3.1 בני משפחה של עובד בהתאם לסעיף 3.1.2 לעיל הזכאים להיות
מבוטחים ע"פ הגדרת מבוטח בסעיף 1.29 לעיל יהיו רשאים
להצטרף לביטוח לפרקים א-ו ללא צורך במילוי הצהרות בריאות
ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממשו את
זכאותם תוך 120 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד
אצל בעל הפוליסה או תוך 120 יום ממועד תחילת ביטוח זה או
120 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת. למען הסר ספק לאחר
120 ימים הצורך יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.

3.1.3.2 עובד/ת שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת
זוגו כולל ילדיו/ה בתוך 120 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי
הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה.

3.1.4 **תינוק שנולד למבוטח** או שאומץ ע"י מבוטח יצורף לביטוח ללא צורך במילוי
הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס
הצטרפות בתוך 120 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו
לארץ (המאוחר ביניהם). במקרה של לידת תינוק ושני ההורים (או הורה
אחד במקרה של חד הורי) היו מבוטחים בפוליסה למשך 9 חודשים לפחות
בטרם לידת התינוק, יכוסה תינוק שנולד עם מום כלשהו (אפילו אובחן או
תועד טרם לידתו) באופן מלא עפ"י הפוליסה ולא יחול עליו חריג מצב רפואי
קודם ולא חריג מום מולד.

3.1.5 **גמלאים ובני משפחתם** - גמלאים ובן/בת זוגם וילדיהם עד גיל 67 שנה,
אשר לא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת, יוכלו להצטרף לביטוח לפרקים א-ו
לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע אם יתקבלו לביטוח ובאילו תנאים..

3.2 אופן הצטרפות לנספח פיצוי בגין מחלה קשה-(פרק ז')

3.2.1 מבוטח יכול להיות מבוטח בשתי יחידות פיצוי לכל היותר בכיסוי על פי נספח
פיצוי בגין מחלה קשה.

3.2.2 מבוטחים קיימים אשר היו מבוטחים בפוליסה הקודמת בכיסוי למחלות קשות,
יצורפו נספח פיצוי בגין מחלה קשה בהתאם למספר יחידות הפיצוי בהם היו
מבוטחים בפוליסה הקודמת וזאת בכפוף למפורט בסעיף 3.1.1 לעיל. למען
הסר ספק, צירוף מבוטח קיים ליחידת פיצוי נוספת תחויב במילוי הצהרת
בריאות וחיתום כמפורט בסעיף 3.2.3 להלן.

3.2.3 מבוטחים אשר מבקשים להצטרף לנספח גילוי מחלה קשה, או מבקשים
להוסיף יחידת פיצוי נוספת, וזאת בתנאי שגילם אינו עולה על 65 שנה, יוכלו
להצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי הקבלה /דחייה
לפרק זה / ליחידת הפיצוי הנוספת.

3.2.4 **צירוף ילדים** - הביטוח יכלול יחידת פיצוי אחת למחלות קשות (בסך 53,280 ₪)
באופן אוטומטי וזאת לגבי ילדים שהינם מבוטחים קיימים שצורפו לביטוח זה
וכל ילד אשר יצורף בעתיד לפוליסה, וכל עוד הינם מוגדרים כ"ילד" כמפורט
בסעיף 1.44 לעיל. כיסוי בגין יחידת פיצוי זו, יהא ללא צורך במילוי הצהרת
בריאות ותמורת דמי הביטוח המפורטים בסעיף 6.1 להלן.

ניתן לרכוש יחידת פיצוי נוספת בעבור ילד בהתאם לתנאים המפורטים בסעיף 3.2.3 לעיל בצירוף טופס שחרור מבית החולים עבור ילד מתחת לגיל שנה וזאת תמורת דמי ביטוח עבור היחידה הנוספת (כמפורט בנספח דמי הביטוח). למען הסר ספק, יובהר כי ילדים שצורפו לביטוח כאמור לעיל ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לילדים בוגרים ימשיכו בביטוח בדמי הביטוח הרלוונטיים לגילם - לרבות דמי הביטוח לנספח פיצוי בגין מחלה קשה - כמפורט בטבלת הפרמיות בסעיף 6.1 להלן, כלומר יחידת הפיצוי הראשונה לאחר המעבר לסטטוס בוגר כבר אינה כלולה בדמי הביטוח לפרקים א'-ו' והיא תגבה בנוסף בהתאם לדמי הביטוח המפורטים בגין נספח לפיצוי בגין מחלה קשה כמפורט בסעיף 6.1 להלן.

- 3.3. הזכאים להיות מבוטחים ע"פ הגדרת מבוטח בסעיף לעיל אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מרבדי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 30 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.
- 3.4. במידה והעובד/גמלאי נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם.
- 3.5. בני משפחה יוכלו להצטרף בתנאי שהעובד או הגמלאי מבוטחים.
- 3.6. מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.
- 3.7. נשאל המבטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 3.8. הודיע המבטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבטח. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 3.9. על אף האמור לעיל, עובדים/גמלאים ובני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח על פי הסכם זה, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, ואישור תשלום הפרמיה לשלושה חודשים אחרונים), בתקופה בה הם יכולים להצטרף לפוליסה זו ללא צורך במילוי הצהרת בריאות יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפות לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על הכיסויים החופפים.
- 3.10. מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").
- 3.11. מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ד' לפוליסה את הכיסוי עפ"י פרק ד' וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 6 להלן.
- 3.11. מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום יבוצע בתוך 30 ימים מיום קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח. המבטח לא יגבה תוספת רפואית מהמבוטחים.
- 3.12. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

3.13. צירוף מבוטח - בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לענין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 10(ג) לחוק עובדים זרים;

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

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

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

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

(א) ניתוחים;

(ב) תרופות;

(ג) השתלות;

(ד) מחלות קשות;

(ה) שיניים;

(ו) תאונות אישיות.

4. תקופת הסכם הביטוח:

4.1. תקופת הסכם הביטוח והפוליסה תהיה מיום: 1.9.2022 (להלן: "המועד הקובע") וסיומה ביום: 31.8.2025 (להלן: "תקופת ההסכם").

4.2. בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח.

4.3. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה. תקנה 9(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.

4.4. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

5. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

- 5.1. במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או חלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה מהסיבות: פיטורין, עזיבת עבודה או גירושין, יוכל כל מבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא זהים) הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין כיסויים חופפים). האמור בסעיף זה יחול גם במקרה בו בעל הפוליסה מסיים את התקשרותו עם המבטח ולא המשיך את הביטוח בחברה אחרת.
- 5.2. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם ביניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.
- 5.3. על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, בסמוך למועד סיום עבודתו ועד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.
- 5.4. המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.
- 5.5. במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.
- 5.6. היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות או תוספות רפואיות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.
- 5.7. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.
- 5.8. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 5.9. האפשרות למעבר לפוליסת המשך תינתן בתנאי שהמבוטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה הקבוצתית הקיימת במועד המעבר לפוליסת המשך.

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

6.1. דמי הביטוח יהיו כמפורט להלן:

בגין פרקים א'-ו':

גיל המבוטח	דמי הביטוח החודשיים בש"ח - מסלול מה"שקל הראשון" פרק א'-ד', ה'-ו'	דמי הביטוח החודשיים בש"ח - מסלול משלים שב"ן פרק א'-ד', ה'-ו'
עד גיל 20. ילד שלישי ואילך חינם	*33.00	32.00
21 עד 30	103.00	102.00
31 עד 40	149.00	148.00
41 עד 50	175.00	174.00
51 עד 55	279.00	278.00
56 עד 60	331.00	330.00
61 עד 65	420.00	419.00
66 ואילך	479.00	478.00

*לילד דמי הביטוח כוללים בנוסף לפרקים א'-ו' גם יחידת פיצוי אחת של נספח גילוי מחלה קשה.

בגין ילד שלישי ואילך לא ישולמו דמי ביטוח כמפורט בנספח זה..

נספח פיצוי בגין מחלה קשה

גיל המבוטח	דמי הביטוח ליחידה של 53,280 ₪ ניתן לקנות עד שתי יחידות
עד גיל 20 ילד שלישי ואילך חינם	*4.56
21 עד 30	7.00
31 עד 35	12.30
36 עד 40	19.30
41 עד 45	30.55
46 עד 50	51.10
51 עד 55	84.00
56 עד 60	124.70
61 עד 65	186.30
66 עד 70	273.50

*ילד - ניתן לרכוש רק עוד יחידת פיצוי אחת (דמי הביטוח לילד בגין הביטוח פרקים א'-ו' כולל גם יחידת פיצוי אחת של מחלות קשות)

6.2. דמי הביטוח ישולמו ע"י המבוטחים באופן מרוכז מהשכר באמצעות בעל הפוליסה.

6.3. דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המפורטת לעיל ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 40 ביום 10.01.2024,

דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 01.01.2024 לפי דמי הביטוח של גיל 40).

6.4. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש.

6.5. לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.

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

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

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

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

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

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

6.7. **התאמת דמי הביטוח**

6.7.1. מדי 12 חודשים מיום תחילת הפוליסה, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה ו/או שינוי בכיסויים כחלופה להתאמת פרמיה וזאת בהתאם להסכם בין בעל הפוליסה למבטח.

7. תגמולי ביטוח

7.1. המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבוטח.

7.2. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל, יבוצע התשלום כנגד קבלות שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות.

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

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

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

7.6. הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי שהיה מגיע למבוטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. בכל מקרה של פשרה, ויתור או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.

8. תחלוף (סברוגציה):

8.1. מששילם 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.

8.2. 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.

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

9. ביטוח כפל:

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

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

10. תביעות:

10.1. על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי למעט במקרה של טיפול עקב מצב חירום. לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישור, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, יהא רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. למרות האמור לעיל, במקרה של ניתוח בארץ, לא יופחתו תגמולי הביטוח על פי המגיע למבוטח על פי תנאי הפוליסה וההסכם.

10.2. המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.

10.3. המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר. המבטח יודיע למבוטח בתוך 14 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 21 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הנדרשים לו לשם אישור תביעה. במקרה חירום אישור (או דחיה) יתבצע על פי הצורך הרפואי.

10.4. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.

10.5. בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות או העתק קבלות.

10.6. החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מוצעים בפועל על ידי החברה, ולנזקים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירתו של המבוטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבוטח על ידי החברה לנותני שירות רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה, ככל שקיימים כתבי שירות בפוליסה.

10.7. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתללות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:

10.7.1. ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

10.7.2. יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.

10.7.3. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד קבלות שיומצאו למבטח.

10.7.4. תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

11. חריגים כלליים:

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

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

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

11.1.3. פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.

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

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

11.1.6. ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם, חריג זה לא יחול על מבוטחים עד גיל 21.

11.1.7. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה

זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה בו קיים צורך רפואי, ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לקיצור קיבה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון.

11.1.8. טיפולים ניסיוניים למעט אם נאמר אחרת באחד מפרקי הפוליסה.

11.1.9. טיפולי שיניים וחניכיים.

11.1.10. השתתפות פעילה של המבוטח בהפיכה, מרד, הפרעות, מהומות, מעשה חבלה, או כל פעולה בלתי חוקית למעט עבירות הקשורות בתאונות דרכים. יובהר כי השתתפות פעילה של מתנדב במשמר האזרחי בפעולה משטרתית תוחרג רק אם אותו מתנדב זכאי לכיסוי מלא מגורם ממשלתי למעט מקרים בהם זכאי המבוטח לכיסוי חלקי, בהם יישא המבוטח ביתרת הכיסוי על פי פוליסה זו.

11.1.11. שירותו של המבוטח בצבא כשירות חובה, קבע או מילואים או במשטרה, או השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, אם מקרה הביטוח נובע במישרין משירות זה, והמבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי ו/או גורם אחר, שהכיר בחבותו לפיצוי ו/או טיפול במבוטח, למעט מקרים בהם זכאי המבוטח לכיסוי חלקי, בהם יישא המבוטח ביתרת הכיסוי על פי תנאי הפוליסה.

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

11.1.12.1. חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:

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

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

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

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

11.1.12.2. על אף האמור בסעיף 11.1.12.1 לעיל, סייג לחבות המבוטח 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, בכפוף לאמור בסעיף 3.1.1

11.1.12.3. סייג משל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע על מצב בריאותו הקודם, והמבוטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

11.1.12.4. פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 11.1.12.1 לעיל, ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אך בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייוספו הפרשי הצמדה.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14. תנאי הצמדה למדד:

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

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

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

15. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על -פי פוליסה זו, היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

16. חוק הביטוח וחוק הבריאות

16.1. הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 יחולו על פוליסה זו.

16.2. למען הסר ספק, הוראות פוליסה זו כפופות להוראות הדין ואין בהם כדי לגרוע מזכויותיו של המבוטח.

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

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

18. שינויים

18.1. החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם.

18.2. בעל הפוליסה יהא רשאי, לבקש שינוי בתנאי הפוליסה ו/או שינוי בהיקפי הכיסוי הביטוחי ו/או הוספת כיסויים ו/או הפחתת כיסויים. השינויים המבוקשים יבוצעו בהסכמת הצדדים ולשינוי בפרמיה במידת הצורך.

19. מיסים והיטלים

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

19.2. 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.

20. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

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

21. שירותי ייעוץ הביטוח

החברה אשר תשמש כיועץ ביטוח אשר יעניק ייעוץ שוטף למבוטחים בפוליסה כמפורט להלן:

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

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

- 21.3. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבוטח לפנות ליועץ הביטוח.
- 21.4. המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידי שאל באמצעות המבוטח.
- 21.5. יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה. למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

22. וועדת ערר:

- 22.1. מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י המבטח לדיון מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ-20 יום מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה תהא באחריות בעל הפוליסה / היועץ.
- 22.2. המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.
- 22.3. החלטת הוועדה תחייב את המבטח.
- 22.4. הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח ויועץ הביטוח. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.
- 22.5. למען הסר ספק, אין בהחלטת וועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

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

1. הגדרות:

- 1.1. **המרכז הלאומי להשתלות** - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
 - 1.2. **טיפול מיוחד בחו"ל** - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן.
 - 1.2.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.
 - 1.2.2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.
 - 1.2.3. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
 - 1.2.4. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של חוש השמיעה ו/או להציל אובדן מוחלט של חוש הראיה.
 - 1.2.5. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.
 - 1.2.6. הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.
 - 1.3. **השתלה** - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) שמקורם במבוטח עצמו, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה.
- מובהר כי השימוש במכונת החיאה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה עפ"י פרק זה.**

ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

- 1.3.1. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.
 - 1.3.2. ההשתלה תיעשה עפ"י אמות מידה אתיות מקובלות.
 - 1.3.3. ההשתלה כפופה לחוק סחר איברים.
- ההגדרה של השתלה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

2. מקרה ביטוח:

- 2.1. צורך בביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.
- 2.2. צורך בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

3. התחייבות המבטח:

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

3.1 לעניין השתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא. במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד 5,350,000 ₪. לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח - 2008.

3.2 לטיפול/ ניתוח מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים, אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא ואם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על 1,100,000 ₪.

3.3 השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו-3.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן, כגון:

3.3.1 תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, במהלך תקופת ההמתנה להשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, בין אם באשפוז ובין אם לא באשפוז לרבות טיפולי דיאליזה עד 180 ימים.

3.3.2 הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות הוצאות חדר ניתוח. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.3.3 שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;

3.3.4 בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;

3.3.5 שירותי מעבדה, בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה שידרשו בעת אשפוז;

3.3.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.

3.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 365 ימים לאחר ביצועם.

3.3.8 תשלום עבור הוצאות נסיעה לחו"ל לשם ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או ביצוע ההשתלה, כולל לצורך ביצוע בדיקות הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים למבוטח ומלווה במקרה בו המבוטח העובר את ההשתלה או את הטיפול המיוחד הינו מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים.

3.3.9 הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.

3.4 הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:

3.4.1 הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי ו/או בדיקות מעבדה לבדיקת התאמה - עד תקרת הסכום 215,000 ₪.

3.4.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד הסכום 215,000 ₪.

- 3.4.3. כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי - עד 1,100,000 ₪.
- 3.4.4. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, כולל לצורך ביצוע בדיקת הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד 27,000 ₪; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום ובכפוף להצגת אישור רפואי מומחה בתחום.
- 3.4.5. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל וחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד 110,000 ₪;
- 3.4.6. הוצאות לשהייה בחו"ל לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד, ובמקרה של מבוטח קטין - לשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד לסך 1,100 ₪ למלווה יחיד או 1,600 ₪ לזוג מלווים ליום ועד סה"כ 215,000 ₪.
- 3.4.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע ההשתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או ליעוץ, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.8. הוצאות לטיפול המשיך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר ההשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, עד 160,000 ₪ לטיפול מיוחד בחו"ל ועד 200,000 ₪ להשתלה.
- 3.4.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.4.10. תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד 160,000 ₪.
- 3.4.11. תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי ההשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, עד 32,000 ₪.
- 3.4.12. ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,000 ₪ בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.13. מבוטח אשר נזקק להשתלה ובשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו, יהיה זכאי לקצבה חודשית בסך של 3,500 ₪, וזאת לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-6 חודשים, מבוטח כאמור, אשר שוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל בגין התקופה בה היה מאושפז.
- 3.5. כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 3.4.1-3.4.8 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 3.4.3, 3.4.5 - הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך הרפואי בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 100,000 ₪. יובהר, שבמידה ויצא המבוטח לחו"ל להשתלה או לטיפול מיוחד מסיבה רפואית לא בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בעת שהותו בחו"ל, המבטח יישא בהוצאות כמפורט בסעיפים 3.3-3.4. כיסוי ההוצאות לא יפגע בזכות המבוטח לכיסוי ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד לתקרות הכיסוי המופיעות בפרק זה בניכוי סכומים שכבר שולמו.

3.6. תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:

3.6.1. מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בפוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 373,000 ₪, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.

3.7. תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה

3.7.1. מבוטח שעבר השתלה בארץ או בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית), יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 373,000 ₪ עבור ביצוע השתלה בחו"ל, ו-110,000 ₪ עבור ביטוח השתלה בארץ - ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה.

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

3.8. גמלת החלמה לאחר השתלה:

3.8.1. עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי בגין שירותי סיוע בתפקוד הנדרשים לאחר השתלה בסך 5,500 ₪ החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים הגמלה תשולם למעט במקרה של השתלת קרנית אשר עבורה תשולם גמלה של 3,000 ₪ למשך 3 חודשים. למעט במקרה של השתלת מח עצם עצמית אשר עבורה תשולם גמלה של 3,000 ₪ למשך 12 חודשים.

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

3.9. טיפול ניסיוני בחו"ל:

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

3.9.2. עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד 22,000 ₪.

3.9.3. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום 43,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד 64,000 ₪

לשני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום עם הצגת אישור מרופא מומחה בתחום.

3.9.4. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום 110,000 ₪;

3.9.5. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 1,100 ₪ ליום למלווה ועד 1,600 ₪ לשני מלווים ליום.

פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות

1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו, מניעת מצב רפואי (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן למניעת כאב.

ההגדרה "תרופה" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12- 1- 2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

1.2. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטי או כוללני לשימוש ו/או היבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.

1.3. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
ההגדרה "טיפול תרופתי" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12- 1- 2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

1.4. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.

1.5. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.

1.6. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.

1.7. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.

1.8. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.

1.9. **רופא בית חולים** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').

1.10. **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

הגדרת המדינות המוכרות נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12- 1- 2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

1.11. **תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL** - תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי אחד לפחות.

1.12. **פרסום רשמי** - אחד מהבאים:

(1) פרסומי ה-FDA

American Hospital Formulary Service Drug Information (2)

US Pharmacopoeia-Drug Information (3)

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

א. עצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או a2.

ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.

ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או a2.

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

א) NCCN

ב) ASCO

ג) NICE

ד) ESMO Minimal Recommendation

1.13. **ויטמינים** - תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום ואשר קיבלה את אישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות כתוסף תזונה.

1.14. **קנאביס רפואי** - קנאביס הניטל למטרות רפואיות, לטיפול במחלות, או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלות, אשר ניתן למבטח אישור לשימוש בו בידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות. יובהר כי יאושר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות, ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהונפק למבטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי

1.15. **תוסף/ תוספי תזונה** - מינרל, חומצת אמינו, צמח או מזון אחר, המאושר על ידי משרד הבריאות כתוסף תזונה בהתאם לתקנות בריאות הציבור (מזון)(תוספי תזונה), התשנ"ז-1997 ואשר נקבע בפרסום מדעי קליני מקובל, כי תוסף התזונה יעיל באופן ממשי לטיפול ו/או תמיכה במצבו הרפואי של המבטח ו/או להקלה בתסמינים ותופעות לוואי הנובעות מהמצב הרפואי ו/או מהטיפול במצב הרפואי של המבטח.

2. מקרה הביטוח:

צורך בנטילת תרופה כדלהלן:

2.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו לעיל, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה - והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.

ההגדרה של התרופה המכוסה נוסחה באופן שמיטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12- 1- 2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

2.2. תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות ובתנאי שניתן אישור לשימוש בתרופה על פי תקנה 29 (א) 3 לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו - 1986, ו/או שאושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות ו/או על ידי הרשויות המוסמכות בישראל להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו ובכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי בדרגת סגן מנהל מחלקה, סגן מנהל מכון או רופא ראשי ומעלה בבית חולים כללי קבע כי התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך ניסיונו ועל סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים.

למען הסר ספק, כיסוי על פי סעיף זה הינו לכל תקופת ההסכם למבוטח.

2.3. תרופה למחלה יתומה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") ותרופת OFF LABEL, הינן תרופות המכוסות על פי תנאי פוליסה זו.

2.4. התרופה אושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו אך לא במצבו הרפואי של המבוטח והמבוטח ביצע בדיקות גנומיות במכון גנטי בבית חולים או במעבדה לבדיקות גנטיות בעלת רישיון לערוך בדיקות גנטיות, ונמצא באבחון הגנטי של הגידול כי המבוטח זקוק עפ"י המלצת רופא מומחה, לתרופה לצורך טיפול במחלתו.

3. חבות המבטח ותגמולי הביטוח:

3.1. המבטח ישפה את המבוטח בכפוף לאמור בסעיף 10.4 לתנאים הכלליים ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, עד 3,000,000 ₪ לתקופת הסכם לסעיף 2.1 ועד 1,000,000 ₪ לתקופת הביטוח לסעיפים 2.2-2.4. במידה ותוכח יעילות הטיפול התרופתי עקב קבלת התרופות על פי סעיפים 2.2-2.4, תוגדל התקרה ותעמוד על סך של 2,000,000 ₪ לתקופת הביטוח, בניכוי השתתפות עצמית בסך 160 ₪ לחודש, למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

3.1.1. במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על 320 ₪.

3.1.2. על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 3,000 ₪ לחודש.

3.2. במקרה וקיבל המבוטח את התרופה המכוסה על פי פרק זה מהשב"ן ושילם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.

3.3. מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי בגין מצב רפואי שהיה קיים טרם הצטרפותו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח נתגלה אצלו מצב רפואי אחר, המחייב טיפול תרופתי באותה תרופה, יהיה זכאי לכיסוי הטיפול התרופתי למצבו הרפואי החדש ולא יחולו הוראות מצב רפואי קודם.

3.4. המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.

3.5. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, ייקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.

3.6. המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד 215 ₪ ליום ועד 120 יום, מתחדש מדי שלוש שנים.

3.7. בדיקה גנטית להתאמת תרופה:

בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתה סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מ-43,000 ₪ בגין כל מקרה ביטוח ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.8. ויטמינים ו/או תוסף תזונה ו/או קנאביס רפואי למחלת הסרטן

ויטמינים ו/או קנאביס רפואי ו/או תוסף תזונה, כל זאת על פי הנחיה של רופא מומחה, עבור מבוטח החולה במחלת סרטן, אשר שילובם עם הטיפול התרופתי נעשה על פי הנחיה של רופא מומחה, לטיפול במחלת הסרטן של המבוטח, ו/או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו, ו/או בגין רכישה של תוסף תזונה כהגדרתו לעיל, לצורך טיפול ו/או תמיכה במחלת סרטן של המבוטח, ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו. ועד 1,000 ₪ לחודש ועד 15,000 ₪ לתקופת הסכם. תגמולי הביטוח ישולמו לאחר ניכוי השתתפות עצמית בסך 20% ועד 150 ₪ לחודש וזאת מסך ההוצאה באותו חודש עבור רכישת ויטמינים, קנאביס רפואי ותוסף תזונה.

4. בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי המבטח לא יהא חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

4.1. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר מכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.

4.2. תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.

4.3. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.

4.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

4.5. טיפול בוויטמינים ו/או בתוספי מזון למעט באם הומלץ ונלקח בשילוב עם טיפול תרופתי שאושר בפרק זה לטיפול במחלת הסרטן של המבוטח.

4.6. טיפול תרופתי מניעתי למחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או טיפול תרופתי מניעתי לצהבת מסוג C (Hepatitis C) ו/או לצהבת B (Hepatitis B).

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

5. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל:

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל-183 יום בשנה למעט באם שהייה היא במסגרת ניתוח ו/או השתלה שמכוסים ע"י המבטח או שהייה של המבוטח בחו"ל במסגרת עבודתו אצל בעל הפוליסה. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

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

1. הכיסוי הביטוחי

- 1.1. **מקרה הביטוח:** ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2. **אישור המבטח מראש -** תואם הניתוח מראש על ידי המבטח לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותאום הניתוח נעשה ישירות על ידי המבטח, יכוסה הניתוח במלואו. בהיוודע למבטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מידי וימסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא והפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ובוצע הניתוח ללא תאום מוקדם של המבטח סכום השיפוי המרבי יהיה עד 270,000 ₪.
- 1.3. **הוצאות המכסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתל, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.
- 1.4. **כיסוי להוצאות טיסה שהייה -** הוצאות כרטיס טיסה למבטח. הוצאות שהייה בחו"ל לשם ביצוע הניתוח בחו"ל למבטח ולמלווה. הוצאות אלו יחולו בזמן ההמתנה לניתוח ו/או בעת הניתוח עצמו ו/או בתקופת ההחלמה וכל עוד לא יוכל המבטח לשוב לישראל מסיבות רפואיות - אך לא יותר מ-45 ימי שהות.
- 1.5. **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:
 - 1.5.1. **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:** במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/תחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד 100,000 ₪. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
 - 1.5.2. **כיסוי להוצאות טיסה, העברה יבשתית ושהייה בחו"ל:** במקרה של ניתוח/תחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר או ניתוח לב ניתוח ראש, ניתוח בעמוד השדרה, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של מלווה אחד (במקרה של מבטח קטין - שני מלווים), לכל תקופת האשפוז ואת הוצאות הטיסה של המבטח. סכום הביטוח המרבי לכיסוי הוצאות הטיסה לא יעלה על 27,000 ₪. בגין השהייה, סכום הביטוח המרבי לא יעלה על 750 ₪ לכל יום שהייה ועד 21 ימים.
 - 1.5.3. **כיסוי להוצאות הטסת גופה:** המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/תחליף ניתוח, אם נפטר חו"ל המבטח בעת שהותו בחו"ל.

1.5.4. **כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:** מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד 110,000 ₪.

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

נפטר חו"ח המבוטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה ע"פ פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) כתוצאה ישירה מהניתוח האמור, תשלם החברה ליורשיו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצוי חד פעמי בגובה 200,000 ₪.

2. **חריגים מיוחדים לפרק זה:**

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

2.1. ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים.

2.2. טיפולי כימותרפיה, רדיותרפיה, ריפוי בעיסוק או דיאליזה.

2.3. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה וטיפולים פארא רפואיים.

2.4. הזלפות והזרקות לעור או לתת עור. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה או לאיברים פנימיים לא יכללו במסגרת חריג זה.

2.5. הוראות פרק זה יחולו ביחס לביצוע ניתוח בחו"ל ע"י מבוטח אשר נדרש לביצוע הניתוח במהלך נסיעתו לחו"ל (שאינה לצורך ביצוע הניתוח), רק אם המבוטח רכש בטרם נסיעתו לחו"ל ביטוח נסיעות לחו"ל ובכפוף לכך כי ביטוח זה יופעל.

2.6. למבוטח השוהה בחו"ל מעל 183 יום בשנה, יינתן כיסוי מלא רק אצל נותני שירות של המבטח ובמידה ויבוצע הניתוח אצל נותני השירות שאינם בהסכם עם המבטח, יכסה המבטח את העלות הניתוח ובכל מקרה לא יותר מפי 4 מהסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח עבור מנתח שלא בהסכם לאותו ניתוח בארץ, או לניתוח דומה אם ניתוח זה אינו מופיע ברשימת הניתוחים.

פרק ד': ביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ (כיסוי מ"השקל הראשון")

1. הגדרות לפרק זה:

- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:
- 1.1. **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
 - 1.2. **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
 - 1.3. **"ניתוח"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי 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;
 - 1.4. **"שתל"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי 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;
 - 1.5. **"מרפאה כירורגית פרטית"** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
 - 1.6. **"בית חולים פרטי"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
אחד מאלה:
(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
 - 1.7. **"קופת חולים"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
 - 1.8. **"רופא מומחה"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
 - 1.9. **"תקופת אכשרה"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

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

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

3.1. שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח, עד הסכום של 1,500 ₪ אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו; שכר מנתח;

3.2. 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;

3.3. **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-ins.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. חריגים מיוחדים לפרק זה:

סעיף החריגים בתנאים הכללים אינו חל על פרק זה.

המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

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

4.2. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, 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;

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

- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 4.4.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 4.4.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
 - 4.5. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
 - 4.6. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
 - 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
 - 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
 - 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף 12.1.12 לחריגים הכלליים בפוליסה.
 - 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.
5. תקופת אכשרה: 90 יום לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות, אולם בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

פרק ד' 1: כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן

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

1. הגדרות:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:
1.1. **"בית חולים פרטי"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

אחד מאלה:

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

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

1.2. **"שתל"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי 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;

1.3. **"ניתוח"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי 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.

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

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

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

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

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

1.9. **"תקופת אכשרה"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

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

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

3.1. שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח, עד הסכום של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

3.2. שכר מנתח;

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

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

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

4. תגמולי הביטוח:

בקורות מקרה ביטוח החברה המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

4.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסויימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצעות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה

הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

4.3. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר 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 ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

5. ברות ביטוח

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן") ו/או קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי סעיף 4.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

6. חריגים מיוחדים לפרק זה:

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

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

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

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

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

6.4.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

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

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

- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף 12.1.12 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינ לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.
7. **תקופת אכשרה:** 90 יום לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות, אולם בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

פרק ה': שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1 "בדיקות רפואיות אבחנתיות" - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T), Capsule Wireless Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (fMRI), מיפוי, בדיקות גנטיות וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה או לקביעת דרכי טיפול.
- 1.2 "בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני הריון" - סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום, פנקוני, סינדרום בלום, דיסאטונומיה משפחתית, קנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות. למען הסר ספק הכיסוי יינתן במסגרת התקרה לבדיקות הריון.
- 1.3 "פיזיותרפיה" - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.
- 1.4 "תלמיד משולב" - ילד בעל צרכים מיוחדים הזכאי לחינוך חינוך לפי סעיף 6(א) לחוק לימוד חובה, התש"ט-1949, אשר ועדת שילוב, כאמור בסעיף 20 לחוק החינוך המיוחד, החליטה על זכאותו לתוספת של הוראה ולימוד ולשירותים מיוחדים במוסד לחינוך רגיל. קביעת הזכאות כאמור תתקיים לתקופה של שלוש שנים.
- 1.5 "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים מלאים אשר תחילתם מדי 1.8 בכל שנה.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו למבוטח שלא בעת אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי במהלך תקופת הביטוח. המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

3. שירותי היעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח:

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

- 3.1 **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שלוש התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה לרבות ולא רק גנטיקאי, פרמקולוג, בשנת ביטוח, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצויות/יות עד 800 ש"ח ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות הכוללת של התייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות התייעצות יקוזז הסכום עליו ויתר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם.
- 3.2 **כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מ-7,000 ש"ח, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.
- 3.3 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ולא יותר מ-16,000 ש"ח לכל הבדיקות לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית הרופא המטפל של המבוטח.

3.4. **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש. אך לא יותר מ-3,200 ש"ח למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.5. **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:** המבטח ישפה את המבוטח עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה עד 1,600 ש"ח למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 15%.

3.6. **טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים:** המבטח ישפה את המבוטח עד 2,700 ש"ח לשנת ביטוח לא יותר מ-12 טיפולים לשנת ביטוח בהשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי.

בדיקות ושירותים אונקולוגיים:

3.7. **טיפולים אונקולוגיים:** המבטח ישפה את המבוטח עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביווד רדיואקטיבי, טיפולים בקריו וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מ-110,000 ש"ח למקרה ביטוח המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.

שירותי רפואה גנטיים:

3.8. **בדיקות פתולוגיות:** בדיקות מעבדה בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה. המבטח ישפה את המבוטח לא יותר מ-32,000 ש"ח למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. לא יאושר תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה בדיקת מי שפיר.

טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים:

3.9. **טיפול ע"י מקרופאגים:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת, ולא יותר מ-3,200 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

שירותי רפואה קרדיולוגיים:

3.10. **מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי:** המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד 160 ש"ח לחודש ועד 24 חודשים.

שירותים רפואה כלליים:

3.11. **אביזרים רפואיים:** המבוטח זכאי להחזר בגין הוצאות עבור אביזר רפואי מערכת CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר אינהלציה אישי, חגורת בקע, חגורה מתקנת (מילוקי

בוסטון), מכשיר אלקטרוני ליישור הגב, מדרסים, גלוקומטר, מקלונים לבדיקת סוכר בדם, מכשיר הנשמה, חבישות לחץ, גורטקס לניתוח הרניה, מכשיר שמיעה, סד גבס, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, מכשיר אוטומטי ו/או חצי אוטומטי למדידת לחץ דם, תותב לאין אונות, פיאה לחולה אונקולוגי, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות או מכשיר לאבדוקציה לתינוקות, תומכים ומגינים לצוואר לברך, לקרסול ולכתף, גרביים אלסטיות, חגורה אורטופדית, עזרי הליכה: מקל הליכה, טריפוד, קוודרפוד, קביים מכל סוג, עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קורטקונוס, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7, משקפיים במקרה של מחלות כרוניות: קוצר ראייה גבוה עד גיל 18, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד), משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים, שתל קוכולארי, נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית לחולים במחלה ראומטית בעלי עיוות בכף הרגל, ולחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר באצבעות, או לבעלי שיתוק שרירים. עד 3,000 ₪ לתקופת הסכם ובהשתתפות עצמית של 20%.

3.12 **חדר מלח:** המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור. בכפוף להפניית רופא מומחה. עד 12 טיפולים בשנה ועד 130 ₪ לטיפול.

3.13 **הזרקת חומרי סיכון למפרקים:** המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכון למפרקים לרבות עמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד 3,200 ₪ למקרה ביטוח. מובהר כי במקרה בו הטיפול יוכר כתחליף לניתוח הוא ישולם דרך פרק תחליפי הניתוח.

3.14 **טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות המפרקים וברקמות הרכות:** המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות במפרקים או ברקמות הרכות עד 3,200 ₪ למקרה ביטוח. מובהר כי במקרה בו הטיפול יוכר כתחליף לניתוח הוא ישולם דרך פרק תחליפי הניתוח.

3.15 **טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישפה את המבוטח בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מ-4,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה לצורך התאמת האביזר או הטיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.16 **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי:** המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (CVA) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו על ידי טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד 200 ₪ לטיפול בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.

3.17 **אח/ות פרטית:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אח/ות פרטית, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו לאחר אשפוז (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מ-450 ₪ לכל יום ועד 14 ימים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מההוצאה.

3.18 **הדפסת איברים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים להמחשה, הנדרשים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס. שיפוי עד 2,000 ₪ עבור הדמיית תלת מימד, 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ועד 15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח. הכל בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.19. **בדיקת ראייה באשפוז** - המבטח ישפה את המבוטח בגין בדיקת ראייה שבוצעה במהלך אשפוז או בביתו של המבוטח לאחר תאונה או מחלה שבגינה המבוטח מאושפז או מרותק לביתו ובכפוף לצורך רפואי לביצוע הבדיקה. גובה השיפוי הינו עד 200 ₪ כפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.20. **ביקור רופא אצל המבוטח:** המבטח ישפה את המבוטח עבור שירות ביקור רופא בביתו או בכל מקום אחר אליו הוזמן הרופא על ידי המבוטח, וזאת עד 150 ₪ לביקור ועד 12 ביקורים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20%.

התפתחות הילד:

3.21. **טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין אבחון ו/או טיפול בילד מבוטח מגיל 0-18 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד ו/או פסיכולוג קליני/חינוכי. האבחון כולל אבחון דידקטי, אבחון פסיכודידקטי, מבחן ממוחשב, בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20%.

עד 1,600 ₪ לתקופת ההסכם. עבור מבחן ממוחשב עד 1,600 ₪ לתקופת ההסכם. המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למטפל / למכון שבהסכם עבור טיפולים בהתפתחות הילד, לילד מבוטח, בגין בעיות התפתחות בכפוף להפניה של מאבחן מוכר ו/או מכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד ו/או פסיכולוג קליני/חינוכי. טיפול יעשה על ידי פסיכותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או טיפולים בתנועה ו/או באומנות ו/או רכיבה טיפולית ו/או הוראה מתקנת ו/או שחיה טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים, כולל שעות שילוב לתלמיד משולב כהגדרתו בסעיף 1.4 לעיל בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד סכום של 160 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים לתקופת ההסכם.

לעניין כיסוי לשעות שילוב - עד 2,150 ₪ לאחר השתתפות עצמית של 20% לתקופת ההסכם.

רפואה משלימה

3.22. **טיפולים ברפואה משלימה:** המבטח ישפה את המבוטח, כנגד קבלות עבור טיפולי רפואה משלימה כמפורט להלן ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא. הטיפול יתבצע אצל רופא בעל תואר דוקטור או מטפל מוסמך הנמצא בהסדר עם קופת חולים או במכון הנמצא בהסדר עם קופת חולים, או מכון הנמצא בתוך בית חולים ציבורי או מטפל שעבר הכשרה שנתית וקיבל תעודת הסמכה, תחומי הרפואה המשלימה, עפ"י סעיף זה, הנם: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה הרבולוגיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, נטורופתיה, פרחי באך, טווינה ורפואה סינית, אירידולוגיה, ארומתרפיה, רייקי, דיקור, שיטת אייפק, קינסילוגיה, ביופידבק, פלדנקרייז. דיאטנית וכל טיפול ברפואה משלימה אשר הוכר על ידי השב"נים של קופות החולים כטיפול ברפואה משלימה. הכיסוי הינו לעד 16 טיפולים בשנת ביטוח ועד 160 ₪ לטיפול כפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20%.

הריון ולידה:

3.23. **בדיקות ושירותים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות בהריון, ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון לרבות ייעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההריון או לאחריו, עד לסכום של 5,500 ₪ להריון. במקרה של הריון מרובה עוברים, הסכום יעמוד על עד 8,000 ₪ להריון.

3.24. **אם פונדקאית:** המבטח ישתתף וישפה את המבוטח בגין 80% מההוצאה שהוצאה בפועל עבור בדיקות הריון ובהתאם לתקרות המפורטות בסעיף 3.23 לעיל אשר בוצעו באם פונדקאית. בתנאי שבוצעו עפ"י הוראת רופא.

3.25. **אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון:** במקרה של אשפוז מבוטח בבית חולים עקב הריון בסיכון גבוה, תקבל המבוטחת פיצוי בסך 160 ש"ח לכל יום אשפוז החל מהיום הראשון ועד 150 יום, לכל הריון.

3.26. **כיסוי הוצאות נלוות להריון ולידה:** המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שנגרמו לו עבור השירותים המפורטים והסכומים כמפורט להלן:

1. כיסוי לתרומת ביצית לרבות שאיבה והקפאת ביציות בכפוף למכתב מרופא מומחה. פעמיים בתקופת הביטוח. עד 13,000 ש"ח לתרומת ביצית ועד 2 תרומות.

2. מבוטחת שתלד בניתוח קיסרי תהא זכאית להחזר הוצאות של עד 6 ימי החלמה בבית החלמה או בבית הבראה, כולל טיפולים אשר להם תזדקק המבוטחת בעקבות הניתוח הקיסרי ועד לסך של 800 ש"ח ליום. הכיסוי יינתן למבוטחת אשר בטרם מועד הצטרפותה לביטוח לא עברה ניתוח קיסרי.

3.27. **טיפול פריין לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטחת ב-80% מהסכום ששילמה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי פריין לרבות הפריה חוץ גופית (I.V.F.) לרבות תשלום לאם פונדקאית, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית הרופא המטפל של המבוטחת/וזאת עד 13,000 ש"ח לשנה. במקרה ששני ההורים מבוטחים בפוליסה זו ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול.

3.28. **אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון:** מבוטחת אשר אושפזה כתוצאה מהצורך בשמירת הריון, וא/ו מסיבוכי הריון או לידה לתקופה העולה על 10 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסך 160 ש"ח לכל יום אשפוז מעבר ל-10 ימים ולא יותר מסה"כ 30 ימים.

שיקום והחלמה:

3.29. **פיצוי מבוטח עד גיל 18 שנה בעת ריתוק לבית ו/או בעת אשפוז בבית חולים**

מבוטח עד גיל 18 שנה, אשר עקב תאונה או מחלה יהא מרותק לביתו ו/או מאושפז בבית חולים, ויעדר מלימודיו בבית ספר/מכללה/אוניברסיטה המוכרים ע"י משרד החינוך ו/או ע"י משרד העבודה כתוצאה מכך, יפוצה בסך של 215 ש"ח ליום עבור כל יום ריתוק ו/או אשפוז, וזאת החל מהיום ה-8 לריתוק ו/או לאשפוז (8 ימים ברצף) ועד לתקופה של עד 240 יום. לא יינתן פיצוי בגין ימי חופשה.

3.30. **ביצוע ניתוח הכולל פתיחת בית חזה ו/או ניתוח מוח ו/או ניתוח ריאות ו/או ניתוח אורטופדי מורכב כגון החלפת פרק ירך, דיסקטומיה, למינקטומיה, עקמת (סקוליוזיס), החלפת מפרקים למיניהם ו/או כל ניתוח בגינו היה המבוטח מאושפז 5 ימים לפחות.**

אם בקרות מקרה הביטוח, היה המבוטח זקוק להשגחה ו/או לשיקום ו/או להחלמה, יישא המבטח בהוצאות אלו כקבוע להלן:

3.30.1. השגחה/טיפול - לאחר ניתוח ע"י אח/ות או מטפל/ת, עד ל-6 שעות טיפול יומי, ועד לסך 200 ש"ח ליום, למשך תקופה שלא תעלה על 30 ימים במצטבר - והכל בפרק זמן אשר תחילתו תהא לאחר תום האשפוז, ועד ל-90 ימים לאחר תום האשפוז.

3.30.2. פיזיותרפיה שיקומית - עד ל-200 ש"ח ליום למשך תקופה שלא תעלה על 60 ימים במצטבר - בתנאי כי ניתנה הוראה מטעם המנתח שביצע את הניתוח על הצורך בטיפול זה - והכל בפרק זמן אשר תחילתו תהא לאחר תום האשפוז, ועד ל-90 ימים לאחר תום האשפוז. גמלה זו לא תפגע בזכותו של המבוטח על פי פרק ה' להלן.

3.30.3. החלמה - ארע מקרה הבטוח כקבוע בסעיף זה, יפצה המבטח את המבוטח עבור הוצאות החלמה במוסד החלמה מוכר ועפ"י הנחיית הרופא המטפל, בסכום שאינו עולה על 750 ₪ ליום החלמה ולתקופה שלא תעלה על 14 ימים רצופים, בתנאי כי המבוטח יצא להחלמה במהלך 360 הימים שלאחר קרות מקרה הביטוח.

3.31. טיפול חיסוני (אימונתרפיה) - טיפולים להפחתת/הסרת אלרגיה

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולים שניתנו למבוטח בפועל וישלם למבוטח תגמולי ביטוח בסך 80% מההוצאות הממשיות בפועל ולא יותר מ-5,000 ₪ לשלוש שנות ביטוח עבור טיפולים באלרגיה הניתנים למבוטח בהמלצה של רופא מומחה בתחום. הטיפולים אינם כוללים טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.32. טיפולים בכאב

כולל שימוש בקאנביס רפואי, כהגדרתו בפרק התרופות לעיל, למעט עבור קאנביס רפואי עבורו יהא הכיסוי עד לסכום של 4,000 ₪ לשנת ביטוח תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4. שיפוי שב"ן:

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

5. תקופת אכשרה: הכיסויים הכלולים בפרקים: הריון לידה ופונדקאות - 9 חודשים. התפתחות הילד, אביזרים רפואיים ורפואה משלימה, טיפולים בכאב, טיפול חיסוני - 6 חודשים.

פרק ו': כתב שירות - "רופא מלווה אישי"

אם צוין בדף פרטי הביטוח וכתב שירות זה הינו בתוקף, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן.

כתב שירות זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה לה צורף.

השירות

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

א. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם:

1. "החברה" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
2. "מנוי" - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
3. "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
4. "דמי מנוי" - הסכום בגין כתב שירות זה שעל המנוי לשלם לחברה, על פי תנאי כתב שירות זה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
5. "ילד" - ילד/ה עד גיל 21 אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי.
6. "הספק" - הגוף עימו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה, אשר פרטיו מפורטים בדף פרטי הביטוח.
7. "רופא" - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.
8. "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.
9. "ממין ראשי" - אחראי על אישור זכאות המנוי לשירות, על פי מצבים רפואיים כמפורט בכתב השירות.
10. "מנהל רפואי אישי" - רופא בעל תואר מומחה ברפואה פנימית עמו התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
11. "אחות" - אחות שהוסמכה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
12. "עובד/ת סוציאלית" - עו"ס שהוסמך/ה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן שירותים המפורטים בכתב שירות זה.

13. **"מתאם/ת שירות"** - אדם שעבר הכשרה מתאימה לתפקיד מתאם/ת שירות. מתאם/ת השירות מקיים/ת את התקשורת השוטפת עם המנוי בכל הקשור לשירות כמפורט בכתב שירות זה.

14. **"מצב רפואי"** - מערכת נסיבות רפואיות הקיימת בגוף המנוי, עקב מחלה או תאונה.

15. **"מקרה רפואי"** - מצב רפואי המתואר בכתב שירות זה אשר קיומו מקנה למנוי זכות לקבלת השירות כמתואר ומפורט בכתב שירות זה.

16. **"ליווי רפואי"** - בדיקת שלמות תהליך הטיפול הרפואי למנוי.

17. **"אבחנה"** - מסקנה סופית של רופא המתייחסת למצב רפואי מסוים, המוסקת לאחר לקיחת אנמנזה (פרטים שמוסר המנוי על מצבו הרפואי), היסטוריה רפואית, בדיקה רפואית, ובדיקות נוספות במידת הצורך.

18. **"מצב רפואי כרוני"** - מצב רפואי שאינו ניתן לריפוי, אשר תסמיניו מופיעים ומתפתחים על פני תקופה של 90 יום לפחות.

19. **"מצב רפואי חריף"** - מצב רפואי בעל תסמינים המופיעים באופן פתאומי, במהירות ובעוצמה.

20. **"תקופת שירות"** - על פי צורך רפואי ועד 90 יום רצופים מיום פתיחת קריאה של שירות ותשלום דמי ההשתתפות העצמית כמפורט בפרקי השירות השונים.

21. **"מוקד השירות"** - שירות טלפוני שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.

מספר הטלפון של מוקד השירות של הספק עבור מנויי הראל הוא: 5226*.

22. **"המועד הקובע"** - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.

23. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי מהמועד הקובע ותסתיים בתום 90 יום. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לכתב השירות מחדש, בתקופות בלתי רצופות. הספק לא יספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה למעט שירותים הנדרשים עקב תאונה.

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

25. **"מקרה רפואי דחוף"** - שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי המחייב פנוי למיון וא/או אשפוז.

26. **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח.

ב. היקף השירותים:

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

השירות כולל:

1. מינוי רופא מומחה אשר ישמש כמנהל רפואי אישי. המנהל הרפואי האישי יפעיל צוות פרא-רפואי הכולל אחות ועובדת סוציאלית על פי שיקול דעתו.

2. ריכוז וסקירת התיק הרפואי (Intake) כולל הערכה ראשונה של המקרה הרפואי על ידי המנהל הרפואי האישי.

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

ג. אופן קבלת השירותים:

1. יובהר כי התנאים לקבלת השירותים הנם כי ברשות המנוי פוליסת בריאות תקפה של החברה, תמה תקופת האכשרה בכתב השירות, המנוי לא קיבל שירות בשנת הביטוח בה הוא מבקש את השירות, הספק אישר שהמקרה הרפואי נכלל בכתב שירות זה ובוצע תשלום דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי.
2. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות למוקד השירות של הספק.
3. נזקק מנוי לשירות על פי כתב שירות זה, יפנה, הוא או נציגו, טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו או ימסור את שם המנוי, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו ופרטים נוספים ככל שיתבקש.
- בהתאם להנחיית נציג השירות יעביר המנוי את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה הרפואי וככל שיש כאלה כמפורט להלן: סיכומי אשפוזים, תוצאות ופיענוחים של בדיקות, סיכומי מחלה, ייעוצים רפואיים, טיפולים, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, תשובות פתולוגיות ו/או כל מסמך רפואי אחר. **קבלת מסמכים אלו הנה תנאי מוקדם למתן השירות כמפורט בכתב שירות זה.** כמו כן, רשאי המנהל הרפואי האישי לבקש מהמנוי מעת לעת העתקי מסמכים רפואיים נוספים.
4. הממין הראשי יבחן את המקרה הרפואי על פי כתב השירות בהסתמך על המסמכים הרפואיים שהתקבלו מהמנוי ויצוות למנוי מנהל רפואי אישי ומתאמת שירות.
5. הודעה על אישור/אי אישור הזכאות לשירות תמסר למנוי לא יאוחר מ-3 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה ע"י הספק.
6. רק לאחר אישור הזכאות לשירות, יבוצע חיוב בפועל של דמי ההשתתפות העצמית.
7. **על המנוי לשלם השתתפות עצמית לצורך קבלת השירות.**
8. משך השירות - בגין מקרה רפואי שאושר, יהיה זכאי המנוי לשירות כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שלא תעלה על 90 יום מיום אישור המקרה על ידי הממין הראשי. קבע המנהל הרפואי האישי כי קיים צורך רפואי להאריך את השירות לתקופה נוספת של 90 יום, יתאפשר הדבר בכפוף לאישור הספק **ובתשלום נוסף וזהה** של השתתפות עצמית.
9. מוקד השירות יהיה פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ערב יום הכיפורים החל מהשעה 14:00 ועד חלוף שעתיים משעת סיום צום יום הכיפורים.
10. לפגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי יגיע המנוי למקום בכוחות עצמו ועל חשבונו.
11. הספק מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף ג' על תת סעיפיו לעיל.
12. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד - למעט יהודה, שומרון וחבל עזה.
13. **על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.**

ד. זכאות לקבלת השירותים

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

1. מקרה רפואי ללא אבחנה:

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

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

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

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

2.1 סרטן (Cancer) -

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

2.1.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

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

ב. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת AIDS.

2.2 מחלות כבד חריפות או כרוניות -

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

2.2.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלת כבד כתוצאה מאלכוהוליזם

ב. אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)

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

2.3. מחלות כליות -

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

2.4. מחלות גסטרו-אנטרולוגיות כרוניות -

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

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

2.5. מחלות לב ומחלות ווסקולאריות כרוניות -

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

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

2.6. מחלות נוירולוגיות ופרוצדורות פולשניות של מערכת העצבים המרכזית וההיקפית -

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

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

הפרוצדורות הפולשניות בהגדרה זו כוללות:

א. ניתוחי עמוד שדרה כולל טיפול בגידולים של חוט השדרה, פריצות דיסק בעמוד השדרה, ייצוב עמוד שדרה וטיפול בהצרויות בעמוד שדרה.

ב. רדיוכירורגיה: טיפול בגידולי מוח תוך קרינה ממוקדת.

ג. ניתוחי היפופיזה.

ד. ניתוחי מוח שפירים וניתוחי בסיס הגולגולת.

ה. טיפולים במומי כלי דם ומפרצות מוחיות, טיפולים כירורגיים, טיפולים אנדווסקולאריים, צנתורי מוח.

ו. ניתוחי אפילפסיה.

ז. נוירוכירורגיה אנדוסקופית.

ח. ניתוחים לטיפול בפגיעות ראש ועמוד שדרה.

2.7. מחלות אורטופדיות -

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

2.7.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות אורטופדיות שהמוני נמצא בטיפול באשפוז בגין פחות מ-21 יום, במועד הפנייה לשירות

ב. מצבים רפואיים בתחום האורתופדיה אשר הינם פועל יוצא מחבלה או טראומה וטרם עברו בעת הפניה לשירות לפחות 90 יום מהחבלה ו/או הטראומה.

2.8. ניתוחים כירורגיים (פולשניים) חוזרים עקב אי הצלחה בניתוח ראשון -

פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) חוזרת, עקב כישלון מלא או חלקי של הפעולה הראשונה, החוזרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון של פגם או עיוות אצל המנוי.

2.9. מחלות דם (מחלות המטולוגיות) -

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על רמות ומרכיבי הדם השונים (התאי וההומורלי) וגורמים לפגיעה בו בצורות שונות. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת דם בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.10. מחלות ראומטולוגיות -

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת הפרקים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (פרק, מפרק או תפקוד). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה ראומטולוגית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.11. מחלות מטבוליות -

קבוצה של מצבי תחלואה שונים, תורשתיים וכרוניים, הנובעים מפגיעה בגן הבווד או במספר גנים קטן (Inborn Error of Metabolism) והגורמים לפגיעה ביכולת האנרגטית, או ביכולת הבניה ו/או הפירוק של אבני הבניין של התא, או פגיעה מיטוכונדרילית.

2.12. מחלות אנדוקריניות -

2.12.1. קבוצת מצבי תחלואה שונים המערבים איברים ובלוטות אשר אחראיים על ייצור, אגירה והפרשה של הורמונים המסייעים בשימור ושליטה על תפקודים חיוניים. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה אנדוקרינית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני.

על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.12.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. סוכרת.

ב. קומה נמוכה.

ג. מחלות אנדוקריניות המשפיעות על הפוריות בלבד.

2.13. מחלות ופרוצדורות פולשניות באף, אוזן וגרון (א.א.ג.) -

2.13.1. קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים וגורמים לפגיעה ברמות השונות של חלל האף והסינוסים, האוזניים, הפה, הלוע והגרון, אזורי ראש צוואר ובסיס הגולגולת.

ניתוחים ופרוצדורות להסרת גידולים שפירים וממאירים באזורי בסיס הגולגולת, הראש, הצוואר וקנה הנשימה, ניתוחים שחזוריים שאינם למטרות יופי ואסתטיקה, ניתוחי אוזניים, ניתוחי שחזור שמיעה, ניתוחים אנדוסקופים של האף ומערות הפנים, ניתוחים אנדוסקופים של הושט העליון, ניתוחי מיתרי קול ושחזור הדיבור.

2.13.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. ניתוחי כפתורים באוזניים.

ב. ניתוחי נחירות.

ג. ניתוחים למטרות יופי ואסתטיקה.

2.14. מחלות עור -

2.14.1. קבוצה של מצבי תחלואה הפוגעים בעור. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת עור בעלת אופי כרוני בלבד. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית. כמו כן, על תהליך הבירור, הייעוץ והטיפול הרפואי להתחיל לפחות 9 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.14.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. אקנה.

ב. פטרת עורית (חיצונית).

ג. נשירת שיער.

ד. מחלות מין.

2.15. מחלות בתחום הגניקולוגיה והמיילדות -

2.15.1. קבוצת מצבי תחלואה בתחום בריאות האישה המערבות את מערכת המין הנשית. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מקרה של מחלה גניקולוגית בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית. על תהליך הבירור והייעוץ הרפואי להתחיל לפחות 6 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.15.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

בעיות פוריות ועקרות של הגבר והאישה למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.

2.16. מחלות אימונולוגיות -

קבוצה של מצבים ומחלות כרוניות הפוגעות במערכת החיסון שעיקרן חסרים אימוניים (נרכשים או מולדים) ומחלות אוטו-אימוניות.

2.17. מחלות ריאה -

קבוצה של מצבי תחלואה שונים הגורמים לפגיעה בריאה בצורות שונות ומשפיעים על תפקודי הריאה השונים (נפחים, זרימות ואחרים). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלת ריאה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפניה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.18. מחלות זיהומיות -

קבוצה של מצבי תחלואה שונים הנגרמים על ידי גורמי מחלה (פתוגנים) שונים (וירוסים, חיידקים, טפילים ואחרים) בעלי מהלך ממושך של 21 יום לפחות (מתחילת הבירור של המחלה). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלה זיהומית בעלת אופי חריף או כרוני. מקרה רפואי יכלול מחלה זיהומית בעלת מהלך של 21 יום לפחות ו/או סיבוך של מחלה זיהומית קיימת/קודמת.

2.19. מחלות עיניים -

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המצריכים פרוצדורות ניתוחיות חוזרות הגורמים לפגיעה במרכיבי העין השונים (כגון רשתית) ומשפיעים על תפקודי הראייה השונים (למשל, חדות וחדות ראייה). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלות עיניים בעלות אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפניה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.20. מחלות יתומות -

מחלות נדירות, המשפיעות על אחוז קטן מאוד מהאוכלוסייה ואשר אושרו על ידי ארגון הבריאות העולמי כמחלות יתומות (Orphan Diseases).

2.21. תחלואה משולבת -

תחלואה הנובעת משילוב של מספר מחלות אשר הטיפול בהן דורש גישה רב-תחומית (מולטידיסציפלינרית) עם תיאום בין לפחות שני רופאים מומחים בתחומי התמחות שונים.

2.22. מחלות ופרוצדורות בתחום רפואת הילדים -

2.22.1. בנוסף לכל האמור לעיל בקטגוריות הרפואיות השונות, בתחום של רפואת ילדים מקרה רפואי יכלול בנוסף את המצבים הרפואיים הבאים:

א. ניתוחים אלקטיביים. ניתוח אלקטיבי משמעותו שהצורך בו צפוי, ואשר קבלתו של המני לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח לא נעשה באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא בהפניה על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

ב. מחלות כרוניות בילדים.

ג. מחלות על רקע גנטי.

ד. מומים מולדים.

ה. מחלות/אבחנות פסיכיאטריות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי בירור וטיפול וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.

- ו. הפרעות התפתחות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי בירור וטיפול במכון להתפתחות הילד וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.
- ז. בעיה רפואית במסגרת אשפוז של למעלה מ-21 ימים רציפים לכל מקרה רפואי.
- ח. בעיה רפואית הנובעת מסיבוך של ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אשפוז.
- ט. אטופיק דרמטיטיס בדרגה בינונית ומעלה.

2.22.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות ריאה ילדים:

- אסטמה, אלא אם מדובר במהלך מחלה לאחר ייעוץ על ידי שני רופאים מומחים למחלות ריאה לילדים, ללא איזון המחלה.
- ב. מחלות גסטרואנטרולוגיות ילדים: מחלת כשל בשגשוג הילד (failure to thrive), הפרעות אכילה (דוגמת בולמיה, אנורקסיה).
- ג. הפרעות קשב וריכוז.
- ד. ניתוח כפתורים באוזניים.
- ה. ניתוחי בקע - Hernia.

- ו. כל המקרים הרפואיים בפגים במהלך אשפוז ו/או ובמהלך 6 החודשים הראשונים לחייהם, הארוך מבין השניים.

2.23 מקרה רפואי באשפוז של יותר מ-21 ימים רציפים -

- 2.23.1 מצבים רפואיים במסגרת אשפוז של 21 ימים רציפים לפחות בהם אין אבחנה ברורה ו/או קיימת מחלוקת בשיטת הטיפול (שמרני/ניתוחי או אחר).

2.23.2 מקרה רפואי אינו כולל כל אחד מאלה:

- מצבים רפואיים אשר בעת הפנייה לשירות המנוי הינו מאושפז במצב סיעודי ו/או סופני.

- 2.24 בעיה רפואית הנובעת מסיבוך של ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אשפוז.

נספח - פיצוי בגין מחלה קשה

נספח הרחבה- למעט יחידת פיצוי אחת לילד (כמפורט באופן ההצטרפות).

גיל הצטרפות מקסימלי למבוטחים חדשים לכיסוי על פי פרק זה הינו - 65 שנה.
גיל תום כיסוי על פי פרק זה הינו עם הגיע המבוטח לגיל 70 שנה.

1. מקרה הביטוח:

המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח על פי פרק זה, בעת גילוי אחת המחלות ו/או קיום אירועים רפואיים קשה/ים כמפורט באחת הקבוצות (להלן: "הקבוצות") אשר בהתקיימם בתוך תקופת הביטוח, יזכה את המבוטח בסכום הביטוח בהתאם לכמות יחידות הביטוח שרכש המבוטח כקבוע לעיל בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים בהסכם הביטוח אליו צורף נספח זה ובתנאים שלהלן:

1.1 קבוצה ראשונה

1.1.1 מחלת כבד סופנית (שחמת) (Terminal Liver Disease) (Cirrhosis) -
מאופיינת בנוכחות שניים מן הסימנים הבאים:

1.1.1.1 צהבת;

1.1.1.2 מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;

1.1.1.3 שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;

1.1.1.4 אנצפלופטיה כבדית;

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

1.1.2 אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic) - 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:

1.1.2.1 הקטנה חדה בנפח הכבד;

1.1.2.2 נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית כמוכח בהיסטולוגיה;

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

1.1.2.4 צהבת מעמיקה;

1.1.3 השתלת איברים (Organ Transplantation) - מעי, לב ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, מוח עצמות -קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, ובטרם בוצעה ההשתלה בפועל, או במקרה של השתלת מוח עצמות ביצוע ההשתלה בפועל או באיברים אחרים כמפורט ביצוע ההשתלה בפועל מתורם או באמצעות איבר מלאכותי.

1.1.4 מחלת ריאות כרונית חסימתית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) - מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

1.1.4.1 נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת

ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;

1.1.4.2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 ממ"מ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 ממ"מ.

1.1.5. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** - מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי רופא פנימאי מומחה.

1.1.6. **תרדמת (COMA)** - מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

1.1.7. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

1.1.8. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** - עדות לפגיעה משולבת בניוון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

1.1.9. **דלקת חידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק או וירוס כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיהן 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 המפקח על הביטוח 5-1-2013. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים. הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

1.1.10. **דלקת מוח (Encephalitis)** - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי 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 המפקח על הביטוח 5-1-2013. הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה בנגיפי HIV או הרפס.

1.1.11. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (PRIMARY PULMONARY HYPERTENSION)** - עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת ע"י עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בנגודת בכלי הדם הריאתיים, האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 ממ"מ או לחץ ריאתי עורקי- ממוצע מעל 20 ממ"מ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

1.1.12. **פגיעה מוחית עקב תאונה (BRAIN DAMAGE BY ACCIDENT)** - פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידתה תפקודית

שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נויורולוג מומחה בהתאם לאמות מידה סטנדרטיות לפגועי מוח.

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

1.1.14. **פרקינסון - Parkinson's Disease** תופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות על ידי סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו על ידי נויורולוג 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 וניידות - כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.

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

1.2. קבוצה שניה:

1.2.1. **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.

1.2.2. **חירשות (Deafness)** - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

1.2.3. **עיוורון (Blindness)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

1.2.4. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)** - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

1.2.5. **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (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).

1.2.6. **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.

1.2.7. **כוויות קשות (SEVERE BURNS)** - כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

1.3. קבוצה שלישית:

1.3.1. **אוטם חריף בשרירי הלב (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION)** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להיתמך ע"י הקריטריונים הבאים:

1.3.1.1. בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר, או לרמה שהיא מעל ערכי התקן במעבדה בה נעשתה בדיקה.

או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.

1.3.1.2. בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 1.3.1.1. לעיל, האבחנה חייבת להיתמך על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

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

1.3.2. **ניתוח מעקפי לב (CABG) - ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.** למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

1.3.3. **ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open heart Surgery for Valve Replacement Or Repair) - תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.**

1.3.4. **ניתוח אבי העורקים (Aorta) - ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן או ביצוע צנתור במקרה של מפרצת באבי העורקים בגודל 5 ס"מ או יותר.**

1.3.5. **קרדיומיופטיה (CARDIOMYOPATHY) - מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.**

1.3.6. **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. כל זאת להוציא TIA.**

1.4. קבוצה רביעית:

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

1.4.1.1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ כולל דיספלזיה של צוואר הרחם C1N3, cin2, cin1 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.

1.4.1.2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת למ"מ² וללא אולצרציות (התכייבויות);

1.4.1.3. מחלות עור מסוג:

(א) Basal Cell Carcinoma-I Hyperkeratosis

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

1.4.1.4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS.

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

- 1.4.1.6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ- $10,000/\text{ul}$ B cell lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
- 1.4.1.7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה או מחציתה;
- 1.4.1.8. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית;
- 1.4.1.9. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
- 1.4.1.10. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל-CELL LY.
- 1.4.2. **גידול שפיר של המוח - (Benign Brain Tumor)** תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.
- 1.4.3. **אנמיה אפלסטית חמורה - (APLASTIC ANEMIA SEVERE)** כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
1. עירוי מוצרי דם.
 2. מתן חומרים/תרופות המעודדים צמיחת מח עצם.
 3. מתן חומרים/תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים).
 4. השתלת מוח עצם.

2. הזכות לקבלת סכום הביטוח לגבי מבוטח אשר גילו מעל 21 שנה ועד גיל 70 שנה

2.1. תשלום מקרה ביטוח ראשון

גילוי אחת מן המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי חמור המוגדר והמהווה מקרה ביטוח כמתואר באחת מ-4 הקבוצות לעיל אצל המבוטח, אשר אירע לראשונה במשך תקופת הביטוח ולאחר עבור תקופת האכשרה, יזכה את המבוטח בסכום ביטוח אם מולאו תנאי הביטוח וקיימת אבחנה חד משמעית של רופא אשר אושרה על-ידי המבטח על גילוי מקרה הביטוח וקיום כל התנאים המפורטים להלן במצטבר:

- 2.1.1. קיימת אבחנה חד משמעית של רופא, אשר אושרה על ידי המבטח, על גילוי מקרה הביטוח וקיום כל התנאים המגדירים את מקרה הביטוח ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.
- 2.1.2. המבוטח לא נפטר במשך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח הראשון, עקב אותו מקרה ביטוח, למעט אם מקרה הביטוח הוא השתלת איברים כמוגדר לעיל.

2.2. סכום הביטוח

- 2.2.1. המבטח ישלם למבוטח הזכאי לפי תנאי פרק זה למקרה ביטוח ראשון פיצוי בהתאם למס' יחידות הביטוח שרכש.
- 2.2.2. מובהר בזאת, כי ערך כל יחידת ביטוח יהא בסך ₪53,280. עבור מקרה ביטוח ראשון של השתלת איברים (Organ Transplantation) לב, ריאה, כבד יהא ערך כל יחידת ביטוח בסך ₪106,560.
- 2.2.3. ניתן לרכוש עד 2 יחידות ביטוח בלבד.



2.3. תוקף הפוליסה לאחר תשלום מקרה ביטוח ראשון

למבוטח תהיה הזכות להמשיך את הפוליסה גם לאחר תגמולי ביטוח בין מקרה ראשון.

2.3.1. **סכום הביטוח** - סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהא 100% מסכום הביטוח הקבוע למקרה ביטוח ראשון.

2.3.2. **תקופת אכשרה** - לקבלת תשלום בגין מקרה ביטוח שני תהא תקופת אכשרה בת 270 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון.

2.4. תשלום מקרה ביטוח שני

המבטח ישלם למבוטח בגין מקרה ביטוח שני:

2.4.1. אם מקרה הביטוח השני בגינו תובע המבוטח אינו כלול באותה הקבוצה בגינה שולמו לו תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון.

2.4.2. אם מקרה הביטוח השני סיבתו אינה שבץ מוח או תרדמת, בכפיפות לאמור לעיל, ישולמו תגמולי ביטוח כקבוע בפרק זה בכל מקרה ביטוח שני.

2.4.3. המבוטח לא נפטר במשך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח השני, עקב אותו מקרה ביטוח, למעט אם מקרה הביטוח הוא השתלת איברים כמוגדר לעיל.

2.4.4. מודגש, על מנת למנוע כל ספק אפשרי, כי שרשרת אירועים שהם תוצאה ממקרה ביטוח אחד, תשולם אך ורק פעם אחת, הן במקרה של זכאות לתשלום ראשון והן במקרה של זכאות לתשלום שני.

2.4.5. עם התשלום הנוסף, למקרה ביטוח שני, כאשר זכאות זו קיימת על פי תנאי ביטוח זה, תסתיים אחריות המבטח לתשלומי גמלת ביטוח, אלא אם בוטלה הפוליסה קודם לכן כקבוע בתנאי ביטוח זה.

2.5. דמי ביטוח

החזר דמי הביטוח

אם אירע מקרה ביטוח שני בתוך תקופת האכשרה למקרה ביטוח שני (270 יום), יחזיר המבטח למבוטח בקרות מקרה הביטוח השני את כל דמי הביטוח (הפרמיות) ששולמו על ידו - בגין פרק זה, ממועד קרות מקרה הביטוח הראשון בגינו קיבל המבוטח את סכום הביטוח והפרק יתבטל.

3. מקרה הביטוח לגבי מבוטח שטרם מלאו לו 21 שנה

המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח על פי פרק זה, בעת גילוי אחת המחלות ו/או קיום אירועים רפואיים קשה/ים כמפורט ברשימת המחלות שלהלן, אשר בהתקיימם בתוך תקופת הביטוח, ולאחר גמר תקופת האכשרה, יזכה את המבוטח בסכום הביטוח בהתאם למספר יחידות הביטוח שרכש, בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים שלהלן:

א. גיל המבוטח בקרות מקרה הביטוח לא עולה על 21 שנה.

הכיסוי במקרה של מחלות הבאות כהגדרתן להלן: עיוורון, חירשות, ניוון שרירים, יחול אך ורק על ילדים שבקרות מקרה הביטוח מלאו להם 3 שנים.

3.1. רשימת המחלות:

3.1.1. **סרטן**, כהגדרתו בסעיף 1.4.1 לעיל;

3.1.2. סכרת נעורים מסוג "Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)" -

פגיעה כרונית במטבוליזם של פחמימות, שומנים וחלבונים כתוצאה מחסר מלא באינסולין, המתפתחת ומתגלה עד גיל 18, ובתנאי שמצריך טיפול קבוע באינסולין עקב חוסר תפקוד מלא של הבלבל. האבחנה תתבצע על ידי מומחה לאינדוקרינולוגיה המתמחה בילדים ובתנאי שנמשכת לפחות 6 חודשים.

- 3.1.3. **אי ספיקת כליות סופנית**, כהגדרתה בסעיף 1.1.15 לעיל.
- 3.1.4. **השתלות** - כהגדרתן בסעיף 1.1.3 לעיל.
- 3.1.5. **שיתוק** - כהגדרתו בסעיף 1.2.5 לעיל.
- 3.1.6. **איבוד גפיים** - כהגדרתו בסעיף 1.2.1 לעיל.
- 3.1.7. **כוויות קשות** - כוויות מדרגה שלישית המכסות לפחות 30% מכלל שטח העור של המבוטח.
- 3.1.8. **מחלות זיהומיות קשות שתוצאתן חמורה**
- 3.1.8.1. **דלקת כבד נגיפית כרונית** - VIRAL HEPATITIS: דלקת כבד נגיפית כרונית על רקע זיהום כרוני של נגיף הפטיטיס B או C, אשר תוצאתו שחמת כבד בלתי יציבה עם סיבוכים של מימת המצריכה טיפול תרופתי או ניקוזים חוזרים, דימום מדליות או אנצפלופטיה כבדתית.
- 3.1.8.2. **דלקת קרום המוח** MENINGITIS: דלקת קרום מוח נגיפית שגורמת לדלקת בקרומים במוח או בחוט השדרה ושתוצאותיה נזק נוירולוגי חמור וקבוע ו/או פגיעה קוגניטיבית קשה ובלתי הפיכה שתקבע על ידי נוירולוג מומחה והמהווה על פי קריטריונים רפואיים מקובלים נכות קבועה של 40% לפחות. אין מחלת דלקת קרום המוח כוללת דלקת קרום מוח נגיפית הנגרמת כתוצאה מנגיפי HIV. או הרפס
- 3.1.8.3. **דלקת המוח** ENCEPHALITIS: כהגדרתו בסעיף 1.1.10 לעיל.
- 3.1.8.4. **שיתוק ילדים** - כהגדרתו בסעיף 1.2.4 לעיל.
- 3.1.9. **עיוורון**, כהגדרתו בסעיף 1.2.3 לעיל.
- 3.1.10. **חירשות**, כהגדרתה בסעיף 1.2.2 לעיל.
- 3.1.11. **ניוון שרירים** MUSCULAR DYSTOPHY - ניוון שרירים שאובחן ע"י נוירולוג מומחה כמחלת ניוון שרירים שכתוצאה ממנה המבוטח אינו יכול ולא יוכל בעתיד להגיע לעצמאות מוטורית בביצוע 3 מתוך הפעולות היומיומיות הבאות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 2013-1-5:
1. להתרחץ;
 2. להתלבש ולהתפשט;
 3. לשלוט על הסוגרים;
 4. ניידות;
 5. לקום ולשכב.

4. הזכות לקבלת סכום הביטוח לגבי מבוטח שטרם מלאו לו 21 שנה

גילוי אחת מן המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי חמור המוגדר והמהווה מקרה ביטוח כמתואר ברשימת המחלות שלעיל אצל המבוטח, אשר אירע לראשונה במשך תקופת הביטוח ולאחר עבור תקופת האכשרה, יזכה את המבוטח בסכום ביטוח אם מולאו תנאי הביטוח וקיימת אבחנה חד משמעית של רופא אשר אושרה על-ידי המבטח על גילוי מקרה הביטוח וקיום כל התנאים המפורטים להלן במצטבר:

- א. קיימת אבחנה חד משמעית של רופא אשר אושרה על ידי המבטח על גילוי מקרה הביטוח וקיום כל התנאים המגדירים את מקרה הביטוח ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.
- ב. עם תשלום סכום הביטוח, כאשר זכאות זו קיימת על פי תנאי הסכם זה, תסתיים אחריות המבטח לתשלומי סכומי ביטוח, אלא אם בוטלה הפוליסה קודם לכן כקבוע בתנאי הסכם זה.

ג. למען הסר ספק, מבוטח עד גיל 21 שנה אינו מבוטח בגין מקרה ביטוח שני.

5. הגבלת אחריות המבטח

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם, אשר יחולו במלואם על פרק זה, לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח למבוטח במקרים הבאים:

5.1. אם קיום מקרה הביטוח התגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

5.2. מקרה הביטוח הנוגע לעיוורון, חירשות וניוון שרירים כהגדרתם לעיל, נתגלו או אירעו במלואם או בחלקם לפני הגיע המבוטח לגיל 3 שנים.

6. ביטול הביטוח

פרק זה יבטל בכל אחד מהמקרים הבאים, המוקדם ביניהם:

6.1. מות המבוטח.

6.2. תום תקופת הביטוח כהגדרתה עפ"י הסכם זה.

6.3. בהגיע המבוטח לגיל 70 שנה.

6.4. על פי בקשת המבוטח בכתב למבטח.

6.5. למבוטח עד גיל 21 שנה - עם תשלום תגמולי הביטוח.

6.6. למבוטח מעל גיל 21 שנה ועד גיל 70 שנה - בכל אחד מהמקרים הבאים, המוקדם ביניהם:

6.6.1. עם קרות מקרה ביטוח שני בתוך תקופת האכשרה למקרה ביטוח שני (270 יום).

6.6.2. עם תשלום תגמולי הביטוח במקרה ביטוח שני.

פרטי התקשרות

אגף הבריאות - קבוצת מדנס
סוכנות לביטוח

☎ 077-2037600

🕒 שעות פעילות: 08:00-17:00

✉ madan4u@gmail.com



סטודיו הראל

38906.2

הראל
ביטוח ופיננסים

אולי יש לך ביטוח בריאות,
אבל אין לך הראל...

אתר הראל:
🌐 www.harel-group.co.il