

מהדורת 2022



ביטוח בריאות "קרנות 2000"
לעמיתי קרנות השוטרים
ובני משפחותיהם

הראל
ביטוח ופיננסים

קרנות השוטרים
קודם כל בשבילך

יולי 2023

עמיתה/ה יקר/ה,

קרנות השוטרים ממשיכה לדאוג לרווחתך ומרחיבה ומשדרגת את ביטוח הבריאות לך ולבני משפחתך.

ביטוח הבריאות הוא תחום דינמי ומתפתח, ונדרש להתאימו להתפתחות הטכנולוגית הרפואית ולטיפולים חדשניים.

פוליסת הביטוח הרפואי של קרנות נותנת מענה רפואי נרחב, ומהווה שקט נפשי לך ולמשפחתך.

בחידוש ההסכם דאגנו לשדרוג הפוליסה בחלק מהכיסויים ובהתאם להוראות הרגולציה.

פרטים בהרחבה + הצטרפות מקוונת באתר קרנות השוטרים: www.kranot.org.il

בברכת בריאות איתנה!

יוסי פרינטי, (ניצב בדימוס)
מנכ"ל קרנות השוטרים

עמיתי קרנות, שלום

במסגרת פעילויות הרווחה והבריאות למען עמיתי קרנות השוטרים, מציעה חברת קרנות השוטרים לכלל עמיתה, להצטרף להסכם ביטוח רפואי משלים בתנאים מטיבים, הנותנים מענה ופתרונות ראויים למכלול רב של בעיות רפואיות.

מובהר בזאת, כי פנייתי כק' רפואה ראשי של המשטרה, הינה מתוקף תפקידי, האמון על שמירה וקידום בריאותם של השוטרים, ואינה גורעת או סותרת את הביטוחים הרפואיים השונים המוצעים באמצעות קופות החולים או ספקים אחרים.

בברכת הצלחה ובריאות איתנה,

דר' בוריס זיו, נצ"מ

ק' רפואה ראשי משטרת ישראל

תוכן עניינים

5.....	גילוי נאות.....
5.....	תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעמיתי קרנות השוטרים ובני משפחותיהם.....
14.....	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעמיתי קרנות השוטרים ובני משפחותיהם.....
28.....	פרק א': ביטוח להשתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל.....
31.....	פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות.....
35.....	פרק ג': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ.....
38.....	פרק ד': ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.....
41.....	פרק ה': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים.....
46.....	פרק ו': כתב שירות "רופא מלווה אישי".....
57.....	פרק ז': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח.....

גילוי נאות

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

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעמיתי קרנות השוטרים ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעמיתי קרנות השוטרים ובני משפחותיהם
סוג הביטוח	השתלוח בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מיוחדות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, שירותים רפואיים אמבולטוריים, כתב שירות רופא מלווה אישי, כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן). *בהתאם למסלול שנרכש ע"י המבוטח.
תקופת הביטוח	3 שנים, החל מיום 1.6.2022 ועד ליום 31.5.2025.
תיאור הביטוח	<p>השתלוח בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלוח או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלוח על פי תנאי הפוליסה.</p> <p>תרופות מיוחדות כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כמון כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.</p> <p>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.</p> <p>ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.</p> <p>ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון: חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, בדיקות מניעה, בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים ועוד.</p> <p>כתב שירות - רופא מלווה אישי קבלת מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול ובמהלך ההחלמה. בהשתתפות עצמית של 380 ש.ה.</p> <p>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.</p>

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:</p> <p>חריגים כללים לפוליסה - <u>סעיף 9</u>.</p> <p>פרק ב': תרופות מיוחדות - <u>סעיף 5</u>.</p> <p>פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - <u>סעיף 4</u>.</p> <p>פרק ד': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - <u>סעיף 3</u>.</p> <p>פרק ה': שירותים רפואיים אמבולטוריים - <u>סעיף 4</u>.</p> <p>פרק ו': כתב שירות "רופא מלווה אישי" - סעיף <u>2.1.2</u>, <u>2.2.2</u>, <u>2.7.2</u>, <u>2.12.2</u>, <u>2.13.2</u>, <u>2.14.2</u>, <u>2.15.2</u>, <u>2.22.2</u>, <u>2.23.2</u>, <u>2.24</u>.</p> <p>פרק ז': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - סעיף 6.</p> <p>באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>
<p>פרק א': השתלות, <u>סעיף 3.1.13</u> - פיצוי בסך 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p><u>סעיף 3.2</u> - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪.</p> <p>פרק ד': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פיצוי סך 200,000 ₪ בגין מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.</p>	<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>
<p>פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p> <p>פרק ה': שירותים רפואיים אמבולטוריים, תקופת אכשרה של 60 ימים. במקרה של כיסוי הקשור בהריון או בהתפתחות הילד עבור ילד מעל גיל 10, תהא תקופת אכשרה של 180 יום. במקרה של כיסוי לאביזרים רפואיים, היעדרות מלימודים - תקופת האכשרה תהיה 90 ימים ממועד תחילת הביטוח.</p> <p>פרק ז': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹</p>
<p>פרק ב': תרופות מיוחדות, השתתפות עצמית של 200 ₪ למרשם לחודש ועד שני מרשמים לאותו החודש. תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש - ללא השתתפות עצמית. בדיקות גנטיות להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן - השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן - השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>פרק ה': שירותים רפואיים אמבולטוריים, השתתפות של 20%. השתתפות עצמית של 25% עבור פינוי באמבולנס, טיפול פסיכולוגיים לאחר אירוע קשה, שיקום דיבור למבוגר, החלמה לאחר אירוע לב/ניתוח מח, החלמה לאחר ניתוח קשה. השתתפות עצמית של 15% עבור אחות פרטית באשפוז לאחר ניתוח. השתתפות עצמית של 30% עבור התעמלות שיקומית. השתתפות עצמית של 40% עבור אביזרים רפואיים.</p> <p>פרק ו': כתב שירות רופא מלווה אישי - השתתפות עצמית של 380 ₪.</p>	<p>השתתפות עצמית</p>

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

תמצית פרטי הפוליסה			
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים			האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
מסלול ניתוחים מלא ("מהשקל הראשון") פרקים א'-ו'	מסלול ניתוחים משלים שב"ן פרקים א'-ב', ד'-ז'	גילאים	עלות הביטוח
22.86 ₪	21.31 ₪	*עד גיל 20	
87.34 ₪	86.34 ₪	21-30	
103.18 ₪	102.18 ₪	31-40	
105.34 ₪	104.30 ₪	41-55	
118.48 ₪	117.44 ₪	56-65	
154.59 ₪	153.54 ₪	66+	
*תשלום עבור 2 ילדים בתא משפחתי אחד. (עפ"י מדד שפורסם ביום 15.5.2022)			
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.			
לאחר 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 משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 3.1 ו-3.2 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	השתלה לפי סעיף 1.1 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה וכל שילוב שביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר ו/או בעל חיים במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי 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 3.2 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשה.	סעיף 2.1.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 2.1.1.2 - עד לסך של 5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם. להשתלת מח עצם עצמית - עד 200,000 ₪. סעיף 3.2 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה.	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.2 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 2.1.2.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 2.1.2.2 - עד לסך של 1,200,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.	
גמלת החלמה	סעיף 3.1.12 - לאחר ביצוע השתלה. סעיף 3.1.14 - במקרה שמבוטח זקוק להשתלה ומרותק למיטתו	סעיף 3.1.12 - סכום חודשי של 7,000 ₪ להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה או לבלב, מעי, שחלה או מח עצמות מתורם אחר (לא כולל השתלת מח עצמית), לתקופה של עד 24 חודשים. סעיף 3.1.14 - סכום חודשי של עד 3,500 ₪, לתקופה של עד 6 חודשים. מבוטח השוהה באשפוז, זכאי לסכום חודשי בגובה 50% מהסכום שצוין מעלה.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

תרופות מיוחדות

ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>השתתפות עצמית של 200 ₪ למרשם ועד 2 מרשמים לאותו חודש.</p> <p>תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש ללא השתתפות עצמית.</p>	<p>סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ₪. הסכום יתחדש אחת ל-3 שנים כמפורט בסעיף 3.1.1 לפרק זה.</p> <p>בגין תרופות מיוחדות התקרה המירבית הינה 1,000,000 ₪ ולא יותר מ-200,000 ₪ לחודש.</p> <p>בגין בדיקות גנטיות להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן - עד 40,000 ₪, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p> <p>בגין ויטמינים ותוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן - עד 400 ₪ לכל חודש ועד 36 חודשים ממועד גילוי המחלה, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p>	<p><u>סעיף 2</u> בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום או תרופות מיוחדות, כהגדרתן פרק זה.</p>	<p>תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות</p>
	<p>עד לסך של 450 ₪ ליום.</p>	<p><u>סעיף 3.3</u> בפרק- שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה</p>	<p>הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה</p>
<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>			<p>הערות</p>

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	<u>סעיף 3.1</u> לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	<u>סעיפים 3.2-3.3</u> 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	<u>סעיף 3.4</u> לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	<p>לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו.</p> <p>אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.</p>	

ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	<u>סעיף 2.1</u> 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 העלות שהייתה משולמת לניתוח דומה בארץ.
הוצאות שהייה	<u>סעיף 2.2.2</u> בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 8 ימים.	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 500 ש"ח ליום ועד 30 ימים. לשני מלווים יינתן הכיסוי למבטח מתחת לגיל 18 עד 1,000 ש"ח ליממה לשני מלווים ועד 30 ימים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	<u>סעיף 2.2.3</u> בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל וכתוצאה ישירה מהניתוח.	כיסוי מלא.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	<u>סעיף 2.3</u> בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל	עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בארץ.
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.	

**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	<u>סעיף 2</u> לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים רדיותרפיים ועוד.	כיסוי עד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בפרק.	<u>סעיף 5</u> - 60 יום, למעט במקרה של בדיקות הקשורות בהיריון ו/או התפתחות הילד עבור ילד מעל גיל 10 - 180 יום, במקרה של אביזרים רפואיים וכיסוי היעדרות ולימודים - 90 יום.	
חוות דעת רפואית בישראל	<u>סעיף 3.1</u> לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה).	כיסוי עד ל-600 ש"ח להתייעצות ועד סה"כ 3 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח. בנוסף, יכוסו עד 2 התייעצויות למבוטח אשר נתגלתה אצלו מחלה אונקולוגית ועד תקרה של 1,300 ש"ח להתייעצות.	<u>סעיף 5</u> - 60 יום.	20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	<u>סעיף 3.3</u> לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 2,500 ש"ח לבדיקות אבחנתיות ועד 5,500 ש"ח עבור בדיקת CT או M.R.I למבוטח לשנת ביטוח.	<u>סעיף 5</u> - 60 יום	20% מההוצאה בפועל
טיפולים רדיותרפיים	<u>סעיף 3.5</u> לפרק - החזר בגין טיפולים רדיותרפיים.	כיסוי עד 2,500 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח	<u>סעיף 5</u> - 60 יום	20% מההוצאה בפועל
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	<u>סעיף 3.7</u> לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר שקיפות עורפית.	כיסוי עד 3,000 ש"ח לכל הריון.	<u>סעיף 5</u> - 180 יום	20% מההוצאה בפועל
טיפול רפואי משלימה	<u>סעיף 3.19</u> לפרק - החזר בגין טיפולי רפואה משלימה עפ"י הרשימה כמפורט בפרק.	עד 110 ש"ח לכל טיפול ובכל מקרה לא יותר מ-3,000 ש"ח לכל שנת ביטוח.	<u>סעיף 5</u> - 60 יום	20% מההוצאה בפועל

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

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע		
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	<u>סעיף 3.1</u> 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 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.		
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר ניתוח	<u>סעיפים 3.2-3.3</u> לפרק - שר 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	<u>סעיף 3.4</u> 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.			

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ביום 15.5.2022.

מידע נוסף:

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

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי

לעמיתי קרנות השוטרים ובני משפחותיהם

1. הגדרות כלליות

בפוליסה ובפרקיה/ נספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:

- 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 הנספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3 "בעל הפוליסה" - חברת קרנות השוטרים בישראל בע"מ
- 1.4 "עמית" - חבר קרנות השוטרים בישראל בע"מ שהינו שוטר פעיל או שוטר גמלאי המשלם דמי חבר מלאים לבעל הפוליסה ועובדי חברת קרנות השוטרים.
- 1.5 "המבטח" - עמית ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדי עמית ו/או ילדי בן/בת זוג ו/או אלמן/נה, תושב מדינת ישראל ובעל אזרחות ישראלית והכל בהתאם להגדרות המונחים בפוליסה, אשר הצטרפו ו/או יצטרפו לפוליסה.
- 1.6 "מבוטחים קיימים" - מבוטחים אשר היו מבוטחים במועד תחילת הפוליסה במסגרת הפוליסה הקודמת.
- 1.7 "פוליסה קודמת" - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.8 "הסכם הביטוח" - הסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטח לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לחברי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
- 1.9 "תאריך תחילת הביטוח" - 1.6.2022.
- 1.10 "תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.11 "דמי הביטוח"/"הפרמיה" - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.
- 1.12 "מקרה הביטוח" - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
- 1.13 "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 למעט מקרה ביטוח שארע כתוצאה מתאונה כהגדרתה בסעיף 1.50.
- מודגש, כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה), דינו כמקרה ביטוח שארע ו/או התגלה לפני תחילת הביטוח, והחברה לא תהא אחראית לתשלום תגמולי ביטוח כלשהם בגינו על פי פוליסה זו.
- 1.14 "מדד" - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 1.15 "מדד הבסיס" - המדד הידוע במועד תחילת הפוליסה כהגדרתו בסעיף 1.9 לעיל.
- 1.16 "שנת ביטוח" - שנה קלנדרית של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה ביום ה-1 לחודש ינואר של כל שנה.

- 1.17. **"גיל"** - גיל המבטוח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו, ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבטוח כמפורט בפוליסה.
- 1.18. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבטוח.
- 1.19. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.20. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
- 1.21. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994.
- 1.22. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.23. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל חבריה.
- 1.24. **"שירותי בריאות נוספים (שבן)"** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבטוח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.25. **"ישראל"** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.26. **"חול"** - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.27. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחול. כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
- 1.28. **"בית חולים פרטי"** - אחד מאלה:
- (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
- (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.29. **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.30. **"בית חולים בחול"** - מוסד רפואי בחול המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא, כבית חולים, אשר בו בחר המבטוח לעבור את הניתוח.
- 1.31. **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע הניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח אותו הוא מחליף.
- 1.32. **"מנתח"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחול כמומחה מנתח.
- 1.33. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחול כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.34. **"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 בחול בה ניתן השירות.

- 1.35. **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.36. **"חדר ניתוח"** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.37. **"אח/אחות"** - אחות בעלי תעודות הסמכה של רשות מוסמכת בישראל או בחו"ל.
- 1.38. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.39. **"נותן שירות"** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.40. **"נותן שירות/ספק שבהסכם"** - בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, מנתח שהינו רופא מומחה (כהגדרתו לעיל) או רופא אשר הוסמך בחו"ל כמומחה מנתח וכל רופא או גוף אחר עמם קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיו צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.
- 1.41. **"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 לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו על ידי המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.42. **"תותבת/שתל"** - כל איבר, 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.
- 1.43. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את 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.
- 1.44. **"יום אשפוז"** - שהות של 24 שעות בבית חולים.
- 1.45. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים עפ"י פירוט דמי הביטוח ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביתוח קודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.46. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח) או להמשיך את הביטוח (מאחר ונדרשת הסכמת המבוטח לפי תקנות ביטוח בריאות קבוצתית).
- 1.47. **"חיתום"** - תהליך קבלת החלטה אצל המבטח אם לקבל את המועמד לביטוח, ובאילו תנאים לקבלו (בתנאים רגילים, בתוספת פרמיה או בהחרגת הבעיה הספציפית אם קיימת).
- 1.48. **"רצף ביטוחי"** - הצטרפות מביטוח קודם (כהגדרתו לעיל) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות ו/או ללא תקופת אכשרה, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח את מועד הצטרפותו לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים בלבד. יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודמת.
- 1.49. **"תקרת כיסוי"/"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.

- 1.50. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישור על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה"**.
- 1.51. **"תביעה"** - פניה מאת מבטח או מאת בעל הפוליסה בשם המבטח אל המבטח לתשלום עבור שירותים לפי פוליסה זו, ו/או לקבלת תגמולי ביטוח ו/או למתן התחייבות לתשלום עבור שירותים כאמור בפוליסה זו.
- 1.52. **"טיפול נסיוני"** - טיפול רפואי (ניתוח, השתלה, טיפול תרופתי, טיפול רפואי כלשהו) אשר אינו מאושר ע"י אף אחת מהרשויות המוסמכות בישראל או ע"י ה-F.D.A ו/או ע"י רשות מוסמכת במדינות האיחוד האירופי, קנדה, ו/או אוסטרליה, לטיפול במצבו הרפואי הספציפי של המבטח.

2. **תוקף הפוליסה, אופן ההצטרפות ומבנה הביטוח-**

- 2.1. **תוקף הפוליסה-** פוליסה זו תכנס לתוקפה החל מתאריך תחילת הביטוח.
- 2.2. **אופן ההצטרפות:**
- 2.2.1. צירוף אובליגטורי (באופן אוטומטי) של כל המבוטחים הקיימים כהגדרתם בסעיף 1.6 לעיל.
- 2.2.2. עמיתים קיימים ובני משפחתם אשר אינם מבוטחים קיימים יוכלו להצטרף לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח.
- למרות האמור לעיל, עמיתים קיימים עד גיל 40 ובני משפחתם (עד גיל 40) אשר אינם מבוטחים קיימים, יוכלו להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות תוך 120 ימים מיום תחילת הפוליסה בין התאריכים 1.6.2022 ועד 30.9.2022.**
- 2.2.3. עמית חדש ובני משפחתו יצורפו לביטוח באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) וזאת לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח.
- למרות האמור לעיל, עמית חדש עד גיל 40 ובני משפחתו יוכלו להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות תוך 120 ימים מיום הצטרפות למשטרה. למען הסר ספק לאחר 120 ימים הצורך יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.
- 2.2.4. יובהר, כי ילדים שצורפו לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לילדים בוגרים על פי תנאי הפוליסה ימשיכו בביטוח עפ"י תעריפי הביטוח הקבועים.
- 2.2.5. ילדים בוגרים (ילדים בגיל 20 ומעלה) יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח.
- 2.2.6. תינוק שנולד ויצורף לביטוח תוך 150 יום מיום לידתו, יהא מבוטח מיום היוולדו ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובתנאי כי אחד מהוריו מבוטח לפחות 9 חודשים טרם לידתו. למען הסר ספק, לאחר 150 יום מיום הלידה, הצירוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות. כמו כן, למען הסר ספק, צירוף תינוק לביטוח הינו בכפוף למילוי טופס הצטרפות בכל עת.
- 2.2.7. מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.
- 2.2.8. מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן, מסוג "כללית מושלם/פלטניום", "מגן זהב", "מאחדת עדיף/שיא", "לאומית זהב" 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").

מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ג' לפוליסה את הכיסוי עפ"י פרק ז' וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 6 להלן.

2.2.9

שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה תשלח החברה בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלחה החברה תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

2.2.10 צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:

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

2.2.10.1.1 לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או

חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

2.2.10.1.2 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 (בסעיף זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד; ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

2.2.10.2. סעיף 2.2.10 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

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

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

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

- (א) ניתוחים
- (ב) תרופות
- (ג) השתלות
- (ד) מחלות קשות
- (ה) שיניים
- (ו) תאונות אישיות

2.3. מבנה הביטוח:

כיסוי הכולל כיסוי משלים שב"ן לניתוחים	כיסוי הכולל כיסוי מלא לניתוחים	
צירוף אוטומטי	צירוף אוטומטי	אופן הצטרפות מבוטחים קיימים בהתאם למסלול בו מבוטחים
צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות עמיתים
צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות בני/בנות זוג וילדים
צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות ילדים בוגרים
א'-ב', ד'-ז'	א'-ו'	פרק בפוליסה

3. תקופת הביטוח:

- 3.1. תקופת הביטוח תהיה **36 חודשים** מתאריך תחילת הביטוח ביום 1.6.2022 ועד 31.5.2025.
- 3.2. תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים.
- 3.3. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 3.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה - **סעיף 9 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**.
- 3.4. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם. - **סעיף 4(ג) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**.

4. חובת גילוי:

- 4.1 (א) הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.
- (ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.
- (ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של ענין שהוא ידע כי הוא ענין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 4.2 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאית החברה, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח.
- 4.3 ביטלה החברה את הפוליסה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.
- 4.4 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח סעיף זה, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והחברה פטורה כליל בכל אחת מאלה:
- 4.4.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- 4.4.2 מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח בניכוי הוצאות החברה.
- 4.5 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
- 4.5.1 הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.
- 4.5.2 העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.
- 4.6 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

5. תום תקופת הביטוח וברות ביטוח

5.1 הפסקת תקופת הביטוח:

- הפסקת ביטוח תכנס לתוקפה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:
- 5.1.1 במועד תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 3.1 לעיל;
- 5.1.2 לפי המוקדם במקרים המנויים בסעיף 5.2.2 להלן;
- 5.1.3 על פי בקשת המבוטח בכתב למבטח;
- 5.1.4 במועד הפסקת החברות של המבוטח אצל בעל הפוליסה - הביטוח יסתיים הן לגבי המבוטח החבר והן לגבי בני משפחתו המבוטחים.

5.2 המשכיות בפוליסת פרט:

5.2.1 במקרים המנויים בסעיף 5.2.2 להלן יתאפשר לעבור לפוליסת פרט (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:

5.2.1.1 פוליסת המשך תהיה בהיקף כסויים דומים לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, המקובלות אצל המבוטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות המפקח על הביטוח.

5.2.1.2 דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבוטח בפוליסה דומה ועל פי גיל המבוטח באותו מועד.

במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי לכיסויים החופפים ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

5.2.2 האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 5.2.1, יינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:

5.2.2.1 סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

5.2.2.2 הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם;

5.2.2.3 גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית אלא אם בחר העמית להמשיך ולשלם דמי ביטוח בגין הגרוש/גרושה או ימשיך הגרוש/גרושה להיות מבוטח בפוליסה.

5.2.3 במקרים המפורטים בסעיף קטן 5.2.2.1 - 5.2.2.3, תפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין. על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 15% לתקופה של 3 שנים.

5.2.4 ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

6. דמי הביטוח:

6.1 דמי הביטוח החודשיים בש"ח ישולמו באמצעי גבייה אישי ויהיו כדלקמן:

גילאים	מסלול ניתוחים מלא ("מהשקל הראשון") פרקים א'-ו'	מסלול ניתוחים משלים שב"ן פרקים א'-ב', ד'-ז'
*עד גיל 20	₪ 22.86	₪ 21.31
21-30	₪ 87.34	₪ 86.34
31-40	₪ 103.18	₪ 102.18
41-55	₪ 105.34	₪ 104.30
56-65	₪ 118.48	₪ 117.44
66+	₪ 154.59	₪ 153.54

*תשלום עבור 2 ילדים בתא משפחתי אחד

- 6.2. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש.
- 6.3. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד הידוע ביום תחילת הפוליסה.
- 6.4. 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.
- 6.5. דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 40 ביום 01.01.2023, דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 01.01.2023 לפי דמי הביטוח של גיל 40).
- 6.6. **התאמת פרמיה:**
לאחר 12 חודשים מתאריך תחילת הביטוח תיערך בדיקה של נתוני הפוליסה לבחינת הצורך בקיום התאמת פרמיה ו/או שינוי בכיסויים כחלופה להתאמת פרמיה. התאמת דמי הביטוח תבוצע בהתאם לנוסח התאמת הפרמיה הקיים בהסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטח. כחלופה להתאמת הפרמיה, בעל הפוליסה והמבטח יכולים לערוך שינויים בהסכמת הצדדים וזאת עד לתקרת גובה ההתאמה כאמור לעיל.
- 6.7. **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; לענין זה, "העלאה של דמי ביטוח" -
- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
 - (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
 - (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
 - (4) במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
 - (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

7. תגמולי ביטוח

- 7.1. החברה תהא רשאית על פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלמם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן. המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 7.2. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

- 7.3. נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי התחייבות האמורה תשלם החברה את היתרה לעיזבוננו ו/או ליורשיו של המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן על פי צו קיום צוואה ו/או על פי צו ירושה. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 7.4. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 7.5. החברה תנכה מהתשלומים את כל החובות המגיעים לה מהמבוטח בגין פוליסה זו בכפוף להוראות הדין.
- 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 זכותו של החברה כאמור.
- 7.7. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב - **סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:**
- 7.7.1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.
- 7.7.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

8. תביעות

- 8.1. תשלום תגמולי ביטוח אם התקיימו התנאים הבאים:
- 8.1.1. על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישורו, 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. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהמבטח את ברור חבותו ולא הכביד על הברור.
- 8.1.2. המבוטח חתם על כתב ויתור על סודיות ומסר למבטח כל הקבלות (מקור/העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים (מסמכים מקוריים או העתק המסמכים המקוריים) הדרושים לחברה לברור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 8.1.3. החברה תהא זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמה כפי שתמצא לנכון ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.
- 8.1.4. החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מבוצעים 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 שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתיבי השירות בפוליסה, ככל שקיימים כתיבי שירות בפוליסה.

- 8.1.5. בכיסויים שלפיהם זכאי המבוטח לקבל החזר של הוצאות רפואיות יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבוטח לפי דרישתו התחייבות כספית שתאפשר לו לקבל את השירות הרפואי, וזאת על חשבון הכספים שיגיעו לו על פי הפוליסה.
- 8.1.6. תגמולי ביטוח להם זכאי המבוטח, בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע שאינו מטבע ישראלי - ישולמו במטבע ישראלי ויוצמדו למדד המחירים לצרכן ממועד תשלומן על-ידי המבוטח ועד למועד תשלום תגמולי הביטוח.

9. חריגים כלליים

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים אלא אם צוין אחרת בפרקי הפוליסה:

- 9.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח.
- 9.2. מקרה הביטוח אירע במהלך תקופת האכשרה. למעט מקרה ביטוח שנגרם מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.
- 9.3. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 9.4. סייג בשל מצב רפואי קודם -

מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

9.4.1. חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

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

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

9.4.2. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

9.4.3. על אף האמור בסעיף 9.4.1 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.

9.5. התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.

9.6. מקרה ביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

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

9.8. השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית. או מקרה ביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא הקבע.

הוראות בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

- 10.1. מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;
- 10.2. על אף האמור בסעיף 10.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין:
 - (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
 - (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
 - (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 10.3. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 10.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחווה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 10.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 2.2.10 או בסעיף 6.7 לעיל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 2.2.10.2 לעיל, לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- 10.5.1. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 10.5.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות המשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 10.5.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 11.3 להלן ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

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

11.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.2.10.2 לעיל והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

11.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.2.10, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 2.2.10.2.2 לעיל; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

11.3. על אף האמור בסעיף 3.3 לעיל, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1) לתקנות אלו, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

12. הצמדה:

12.1. 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.

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

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

13. בורות

13.1. בעיה ו/או אי הסכמה ו/או חילוקי דעות על פי הסכם זה בין החברה לבין המבוטח יובאו לדיון בפני ועדת בורות אשר תהא מורכבת מרופא נציג של החברה ומרופא שיהא נציגו של בעל הפוליסה. החלטה המוסכמת של שני רופאים אלה תחייב את המבוטח ואת החברה.

13.2. לא הצליחו הרופאים להגיע להחלטה מוסכמת, יועבר הערעור להחלטתו הבלעדית של בורר מוסכם אשר החלטתו תחייב את החברה ואת המבוטח.

- 13.3. כבורר מוסכם לתקופת ההסכם נקבע רופא מומחה שהינו בר-סמכא בתחום אשר יקבע ע"י רופא נציג בעל הפוליסה.
- 13.4. המבוטח רשאי לערער על החלטת הבוררים, כאמור בחוק הבוררות תשכ"ח-1968.

14. התיישנות

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

15. חוק הביטוח וחוק הבריאות

- 15.1. הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 יחולו על פוליסה זו.
- 15.2. למען הסר ספק, הוראות פוליסה זו כפופות להוראות החוק והרגולציה ואין בהם כדי לגרוע מזכויותיו של המבוטח.
- 15.3. אם יחולו שינויים בחוק הבריאות או בסל שירותי הבריאות על פי חוק הבריאות, תהא החברה רשאית לערוך את השינויים המתבקשים מכך בפוליסה.

16. 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.

17. הודעות

על המבוטח להודיע לחברה על כל שינוי כתובת. הודעה שתישלח על ידי החברה לאמצעי ההתקשרות הידועה לו של בעל הפוליסה/המבוטח תיחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

18. שינויים

- 18.1. החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם.
- 18.2. בעל הפוליסה מצהיר בזאת כי מודע לכך שגובה דמי הביטוח הקבועים בהסכם זה נקבעו על ידי החברה ואושרו על ידו וזאת על בסיס המצב החוקי והרגולטורי כפי שהיה במועד החתימה על ההסכם.

19. מיסים והיטלים

- 19.1. 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. המבוטח 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. הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

פרק א': ביטוח להשתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ביצוע הטיפול הרפואי בעקבות צורך רפואי בביצוע טיפול רפואי כאמור, אשר התעורר לראשונה לאחר תחילת תקופת הביטוח.

1.1. השתלה:

כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה וכל שילוב שביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר ו/או בעל חיים (בשלב ב הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל, בארה"ב או באיחוד האירופי) במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו.

השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

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

1.2. טיפול רפואי מיוחד בחו"ל:

ניתוח או טיפול רפואי בחו"ל אשר מתקיים בהם אחד מהתנאים האמורים להלן:

- 1.2.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.
- 1.2.2. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן המתנה סביר.
- 1.2.3. סיכוי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית מביצוע הטיפול המיוחד בארץ.
- 1.2.4. הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.
- 1.2.5. אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.

2. סכום הביטוח:

2.1. סכום הביטוח המרבי לכל תקופת הביטוח למבוטח:

2.1.1. להשתלה:

- 2.1.1.1. אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - ללא תקרה.
 - 2.1.1.2. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 5,000,000 ₪.
- למרות האמור להשתלת מח עצם עצמית - עד 200,000 ₪.

2.1.2. טיפול מיוחד בחו"ל -

- 2.1.2.1. אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - ללא תקרה.
- 2.1.2.2. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,200,000 ₪.

2.2. **נותן שירות שבהסכם** - החברה תשלם את מלא השיפוי, ישירות לנותן השירות שבהסכם לגבי מקרה הביטוח שאירע.

2.3. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הרפואיות הממשיות המפורטות להלן ששילם בפועל לנותן השירות הרפואי. התשלום יבוצע כנגד קבלות מקוריות או העתקן המפורטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במבוטח,

הסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח הכוללים פירוט כל הפעולות, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי כמפורט בסעיף 2.1 לעיל. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

3. התחייבות החברה:

בקרות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח כמפורט להלן:

3.1. אפשרות שיפוי להשתלה/ לטיפול המיוחד בהתאם למפורט בסעיף -

- 3.1.1. תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.1.2. תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות, ולרבות טיפולי דיאליזה עד לסכום של 150,000 ₪ לטיפולים אלו.
- 3.1.3. תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.1.4. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. במקרה בו המבוטח העובר את ההשתלה או את הטיפול המיוחד הינו מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים.
- 3.1.5. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל להשתלה או לטיפול המיוחד, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד 80,000 ₪ על אף האמור, אם תואמה ההטסה הרפואית המיוחדת על ידי המבטח, יינתן כיסוי מלא.
- 3.1.6. תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום בו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד 100,000 ₪. במקרה בו המבוטח העובר את ההשתלה או את הטיפול המיוחד הינו מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים.
- 3.1.7. תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל.
- 3.1.8. תשלום עבור המשך טיפולים בארץ הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, עד 12 חודשים מביצוע ההשתלה ועד לסכום של 200,000 ₪ להשתלה או עד לסך של 100,000 ₪ לטיפול המיוחד.
- 3.1.9. תשלום מלא עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.1.10. הוצאות העברה יבשתית להשתלה או לטיפול המיוחד - המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח.
- 3.1.11. תשלום עבור הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת להשגת, שימור והעברת האיבר המושג למקום ביצוע ההשתלה.
- במקרה של השתלת מח עצם ובכפוף לקרות מקרה הביטוח, ישולמו הוצאות הבדיקות לאיתור תורם מח עצם, וזאת עד 210,000 ₪.
- 3.1.12. ביצע המבוטח השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה זכאי לסכום חודשי של 7,000 ₪ להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה או לבלב או 3,000 ₪ להשתלת כליה, מעי, שחלה או מח עצמות מתורם אחר (למען הסר ספק לא כולל השתלת מח עצמית), אשר ישולם למבוטח לאחר ביצוע ההשתלה בארץ או מיום חזרתו ארצה ולמשך תקופה מרבית של 24 חודשים.

3.1.13. ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,000 ש"ח בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.1.14. מבוטח אשר נזקק להשתלה ובשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו, יהיה זכאי לקצבה חודשית בסך של 3,500 ש"ח, 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.

3.2. ביצוע השתלה שלא במימון החברה בחו"ל

אם ביצע המבוטח השתלה בחו"ל שהחברה לא השתתפה במימונה, בין בתשלום ישירות לנוותן השירות ובין במתן שיפוי למבוטח כנגד הוצאותיו ובין אם בתשלום לקופות חולים ו/או לגורם אחר, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי בגובה 350,000 ש"ח, זאת למעט השתלת מח עצם עצמית, קרנית, תאי גזע מדם היקפי ו/או טבורי ובתנאי כי נטילת האיבר והשתלת האיבר עומדים בהוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח.

3.3. למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח כמפורט בסעיף 1.1 (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 3.1-3.2 לעיל ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.

מובהר כי השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד חוזרים אשר יידרשו/ בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

למען הסר ספק מובהר כי שימוש במכונת החייאה 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 על פי פרק זה. בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבוטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

(1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;

(2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות

1. הגדרות

- 1.1. **"בדיקה גנטית"** - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל הבריאות.
- 1.2. **"טיפול תרופתי"** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך.
- 1.3. **"מדינות מוכרות"** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.4. **"מרשם"** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית חולים, על פי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
- 1.5. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריהן, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.
- 1.6. **"רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.7. **"רופא מומחה בכיר"** - רופא מומחה המועסק על ידי בית חולים בישראל בדרגת סגן מנהל המחלקה ומעלה.
- 1.8. **"תרופה"** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה. לעניין סעיף זה תרופה: לרבות אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות.
- 1.9. **"תרופת יתום"** - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
- 1.10. **"תרופה מיוחדת"** - טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:
 - 1.10.1. תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות, אשר אושרה על ידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.
 - 1.10.2. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים מקובלים, לפיהם התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
 - 1.10.3. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, והנמצאת בהליך רישום באחת מהמדינות המוכרות, לרבות במסלול אישור בעדיפות (Priority Review), במסלול אישור מהיר ("Fast Track Designation"), או מסלול אישור מואץ ("Accelerated Approval"), או שסווגה ע"י ה-FDA כ"תרופה פורצת

- דרך "Breakthrough Designation"), או לאחר השלמת ניסויים קליניים לתרופה, בשלב שאושר ה NDA עבור התרופה (New Drug Application).
- 1.10.4 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י שני רופאים מומחים בכירים, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.
- 1.10.5 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר בהסתמך על בדיקה גנטית או בדיקה גנומית מולקולרית, או בדיקה אימונוהיסטוכימית שבוצעו במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים.
- 1.11 **"תרופה ניסיונית"** - תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתקיים לגביה אחד מהבאים:
- 1.11.1 תרופה שלא אושרה על ידי רשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לשימוש כלשהו.
- 1.11.2 תרופה שאושרה לשימוש כלשהו על ידי רשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך בקריטריונים רפואיים מקובלים ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 1.11.3 תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני.
- 1.12 **"תרופה Off Label"** - תרופה, שאושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:
- (1) פרסומי ה- FDA.
- (2) American Hospital Formulary Service Drug Information.
- (3) US Pharmacopoeia - Drug Information.
- (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
- (א) עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
- (ב) חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.
- (ג) יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
- (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
- (א) NCCN.
- (ב) ASCO.
- (ג) NICE.
- (T) Esmo Minimal Recommendation.
- הכיסוי הביטוחי לפי סעיפים 1.9, 1.10, 1.11, מטיבים עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים המפורטים:

- 2.1. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, על פי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:
 - 2.1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.
 - 2.1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי בכיסוי זה תיכלל גם כל תרופה אשר קבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך הקופה בה חבר המבוטח לא אישרה את התרופה למבוטח, והוצג למבטח מכתב דחייה מבקר התרופות בקופת החולים.
 - 2.1.3. תרופה OFF LABEL.
 - 2.1.4. תרופת יתום.
 - 2.1.5. תרופה מיוחדת.
 - 2.2. מצבו הרפואי של המבוטח מצריך, על פי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת בהתאם לפרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארה"ב.
 - 2.3. לעניין סעיף זה, מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו הורה או המליץ רופא מומחה או רופא בית חולים, לראשונה, לקבל טיפול את הטיפול תרופתי, המפורט לעיל, בשל מצבו הרפואי של המבוטח.
- הכיסוי הביטוחי לפי סעיף 2.1.2 עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021**

3. הכיסוי הביטוחי

- 3.1. כיסוי אשר יתחדש אחת לשנתיים, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:
 - 3.1.1. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1-2.1.4 - עד 3,000,000 ₪.
 - 3.1.2. בשל מקרה הביטוח המפורט בס' 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪ ולא יותר מ-200,000 ₪ בחודש.
 - 3.2. בשל מקרה הביטוח המפורט בס' 2.2 - 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-40,000 ₪ עבור כל מקרה ביטוח.
 - 3.3. המבטח יישא במלוא ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ולצורך החדרת התרופה, ועד תקרה של 450 ₪ ליום.
 - 3.4. **ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן**
המבטח יישא בשיעור של 80% מעלות תוספי מזון וויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ועד 400 ₪ לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.
יובהר כי המבטח יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול, אף אם תקופת הביטוח תסתיים, או לא תחודש, בין אם אצל המבטח או מבטח אחר, ועד תקרת חבות המבטח, לפי העניין. יובהר כי במידה ויחלף הטיפול התרופתי

ותקופת הביטוח תסתיים בין אם אצל המבטח ובין בשל מעבר למבטח אחר, המבטח לא יישא בחבות התביעה ומצב זה ייחשב כמקרה ביטוח חדש.
הכיסוי הביטוחי לפי סעיף 3.4, מטיבים עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021

4. השתתפות עצמית

- 4.1. סכום ההשתתפות העצמית החודשית - 200 ₪ לתרופה, לאותו חודש. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.
 - 4.2. בנסיבות בהן זכאי המבוטח להשתתפות השב"ן בעלות הטיפול התרופתי, יישא המבטח ביתרת עלות התרופה, ובתנאי שעלות התרופה למבוטח הינה מעל 200 ₪ לכל חודש.
 - 4.3. המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.
 - 4.4. על אף האמור בס' 4.1 לעיל, לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪.
- הכיסוי הביטוחי לפי סעיפים 4.2-4.4, מטיבים עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021.

5. חריגים

- המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 5.1. טיפול תרופתי הניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
 - 5.2. תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.
 - 5.3. תרופה ניסיונית.
 - 5.4. תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה.
 - 5.5. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging. על אף האמור, יכוסו ויטמינים או תוספי מזון כמפורט בסעיף 3.4 לעיל, לפי העניין.
 - 5.6. טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס), למעט עבור מבטחים שהינם נשאים או חולים.
 - 5.7. תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
 - 5.8. שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.
 - 5.9. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
 - 5.10. קנבוס - כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש), התשל"ג - 1973; ויבהר כי החריג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, שמכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.

פרק ג': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

1. הגדרות:

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

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2. שכר מנתח.

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

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

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

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

4. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

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

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

4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית;
- 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 מס' 9.4 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5. תקופת אכשרה:

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

פרק ד': ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. מקרה הביטוח

צורך בביצוע ניתוח.

1.1. "ניתוח" - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
הגדרה זו נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.

2. תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח שהינו ניתוח פרטי בחו"ל

2.1. בקרות מקרה הביטוח, תשלם החברה ישירות לספק השירות ו/או תשפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח, כמפורט להלן: שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת (עד 40,000 ₪ למקרה ביטוח לתותבת).

2.2. בנוסף לאמור בסעיף 2.1 לעיל, תכסה החברה גם את ההוצאות הבאות:

2.2.1. כיסוי להוצאות הטסה רפואית

במקרה שהמבוטח אינו כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד 40,000 ₪. לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח.

"הטסה רפואית" - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

2.2.2. כיסוי להוצאות שהייה

במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 8 ימים, החברה תכסה את הוצאות השהייה של מלווה אחד, לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 500 ₪ ליום, לתקופה מרבית של 30 יום. במקרה בו המבוטח העובר את הניתוח מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים - עד 1,000 ₪ ליממה לשני מלווים.

2.2.3. כיסוי להוצאות הטסת גופה

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

2.2.4. הוצאות העברה יבשתית

עד תעריף שירותי אמבולנס בארץ מקום ביצוע הניתוח.

2.2.5. 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 לירושו על פי די, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצוי חד פעמי בגובה 200,000 ₪.

2.3. מחליף ניתוח - בקרות מקרה הביטוח תשלם החברה ישירות לספק השירות ו/או תשפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בטיפול המחליף ניתוח, כמפורט להלן: שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, תותבת (עד 40,000 ₪ למקרה ביטוח), בדיקה פתולוגית. תקרת אחריות המבטח הינה עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.

3. חריגים מיוחדים-

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

- 3.1. השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל שאינם ניתנים לביצוע בישראל.
- 3.2. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.
- 3.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור מעיים שמקורם אינו בצורך רפואי.
- 3.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בהריון ו/או לידה ו/או בפוריות ו/או עקרות למעט גרידה ו/או ניתוח קיסרי בשל צורך רפואי.
- 3.5. בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפתרמי, זריקות, הזלפות ופעולות הדמיה כגון: mri-ct כאשר אין חלק ממהלך הניתוח.
- 3.6. ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים.
- 3.7. הליכים רפואיים ו/או שימוש באביזרים שאינם במסגרת ניתוח המבוצע במבוטח, או במסגרת טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.
- 3.8. תרופה כימית ו/או ביולוגית מכל מין וסוג.
- 3.9. טיפולים ניסיוניים או מחקרניים או טיפולים שאינם מקובלים על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.
- 3.10. טיפולים ו/או בדיקות מניעה וסקר.
- 3.11. טיפולים ו/או בדיקות שאינם למטרת אבחון ו/או טיפול במצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח.
- 3.12. טיפולים במסגרת רפואה משלימה.
- 3.13. טיפולי פיסיותרפיה, טיפולים פרא-רפואיים וטיפולים כימותרפיים.
- 3.14. טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח אשר טרם בוצעו בפועל במבוטח ו/או בגין התחייבות מבצע הטיפול לטיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח עתידיים.

4. תנאים מיוחדים לפרק זה

- 4.1. הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם גותני השרות הרפואי ותאום הניתוח, ייעשו ישירות על ידי החברה. בהיודע למבוטח על הצורך בנייתו אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את החברה באופן מידתי ומסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בנייתו. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדעבד לאחר ביצוע הניתוח ו/או יבחר לבצע את הניתוח אצל מנתח ובית חולים שאינם בהסדר עם החברה למרות אישור התביעה ע"י החברה תגמולי הביטוח יוגבלו לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבטח לנותני שירות שבהסכם בארץ.

4.2. החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

פרק ה': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

1. מקרה ביטוח

הזדקקותו של המבוטח לאחד (או יותר) מהשירותים האמבולטוריים המפורטים להלן שלא בעת אשפוז הנובעת מבעיה רפואית אשר התעוררה אצל המבוטח תוך תקופת הביטוח.

2. מכסת / סכום הטיפולים השנתי/ת -

עבור מבוטח שהצטרף במהלך שנת ביטוח, מכסת / סכום הטיפולים השנתי/ת תחושב באופן יחסי למועד הצטרפותו לביטוח. לדוגמא: מבוטח שהצטרף במהלך חודש יולי ומכסת הטיפולים השנתית עבור כיסוי מסויים הינה 12 טיפולים, יהיה זכאי ל-6/12 * 12, כלומר - זכאי ל-עד 6 טיפולים. או במקרה בו סכום הטיפולים השנתי הינה עד 1,000 ש' לשנה, יהיה זכאי ל-6/12 * 1,000 ש', כלומר - זכאי לכיסוי של עד 500 ש'.

3. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

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

3.1. **חוות דעת רפואית בישראל** - עד 600 ש' להתייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה) ועד 300 ש' התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.

למרות האמור לעיל, תכוסה התייעצות עם רופא ילדים בעל תחום מומחיות ספציפית שהינה בנוסף למומחיותו כרופא ילדים.

כמו כן, יכוסו עד 2 התייעצויות למקרה ביטוח עם רופא מומחה למבוטח אשר נתגלתה אצלו מחלה אונקולוגית ועד תקרה של 1,300 ש' להתייעצות.

3.2. **חוות דעת רפואית שניה בחו"ל** (לאחר חוות דעת ראשונה כמוגדר להלן) - מבוטח יהא זכאי לחוות דעת בחו"ל, באמצעות נותני שירות שבהסכם עם החברה, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה, כמוגדר לעיל, עד 5,000 ש' למקרה ביטוח. במקרה של צורך רפואי, יינתן החזר הוצאות כרטיס טיסה למבוטח ועד 1,000 ש' לכל יום לשהות ועד 7 ימים.

"חוות דעת ראשונה" - דו"ח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המבוטח וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות; צילומי רנטגן, U.S., C.T., M.R.I., בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה."

3.3. **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - עד 2,500 ש' למבוטח לשנת ביטוח עבור בדיקה אבחנתית (למעט M.R.I., C.T.). עבור בדיקת MRI או CT, תעמוד התקרה על 5,500 ש'. כמו כן, יובהר כי כיסוי לבדיקות MRI או CT יינתן גם אם בוצעו בחו"ל.

3.4. **בדיקות לרפואה מונעת**: למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות עצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, עד 350 ש' לבדיקה, אחת ל-3 שנים (לכל בדיקה).

3.5. **טיפולים רדיותרפיים** עד 2,500 ש' למבוטח לשנת ביטוח.

3.6. **השתתפות בהפריה חוץ גופית (IVF)**: מבוטחת אשר זקוקה לטיפול הפריה חוץ גופית (IVF) על פי הפניית רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקויי פרויון, תהא זכאית לכיסוי בגובה 15,000 ש' לכל תקופת הביטוח.

ההשתתפות תינתן רק לצורך בטיפול מעבר למספר הילדים המכוסים על פי חוק הבריאות.

- 3.7. **השתתפות בבדיקות מיוחדות לנשים בהריון:**
 המבטח ישתתף בעלות בבדיקות מיוחדות לנשים בהריון כגון: סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר (או בדיקת דם חליפית) ושקיפות עורפית, של מבוטחת עד גובה 80% מהעלות בפועל של בדיקה זו.
- תקרת ההחזרים עבור הכיסויים הנ"ל למבוטחת בפוליסה זו תהיה עד 3,000 ₪ לכל הריון. במידה והמבוטחת נושאת שניים או יותר עוברים ברחמה, תוגדל הגמלה ב-50% (למעט במקרה של סיקור גנטי).
- 3.8. **טיפול בבעיות הרטבה והתפתחות הילד:**
- 3.8.1. **בעיות הרטבה** - תופעה מתמשכת של הרטבה אצל ילדים מעל גיל 6 המטופלת עפ"י המלצת רופא באמצעות טיפול התנהגותי במרפאה או שהוכרה לנושא זה על ידי משרד הבריאות.
 החזר בשיעור 80% מעלות הטיפול בפועל ועד 5,200 ₪ לשנת ביטוח.
- 3.8.2. **טיפול בבעיות התפתחות הילד**
 בעיות התפתחות אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה אצל ילד מבוטח מגיל 3 ועד גיל 10, המחייבות טיפול על ידי פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת.
 החזר בשיעור 80% מעלות הטיפול בפועל ועד תקרה של 2,500 ₪ לשנת ביטוח.
 כמו כן, יינתן כיסוי לילדים מעל גיל 10 ועד גיל 18 בשיעור של 50% מעלות הטיפול בפועל ועד 1,500 ₪ לשנת ביטוח.
- 3.9. **בדיקות גנטיות** - השתתפות בשיעור של 80% מעלות הבדיקה ועד 400 ₪ פעם אחת בלבד לתקופת הסכם בגין ביצוע בדיקות גנטיות במקרים בהם הבדיקה אינה ממונת ע"י קופת חולים או אינה מכוסה בסל הבריאות.
- 3.10. **פינוי באמבולנס** - צורך בפינוי באמבולנס של המבוטח לבית חולים.
 במקרה שהמבוטח התאשפז - יינתן שיפוי מלא עפ"י מחירי מד"א.
 במקרה שהמבוטח לא התאשפז - יינתן שיפוי בשיעור 75% עפ"י מחירי מד"א.
 כמו כן, במקרה שהמבוטח עבר ניתוח, יכוסו הוצאות העברה באמבולנס בין בתי חולים.
- 3.11. **התעמלות שיקומית** - השתתפות בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח לאחר אירוע לב או לאחר אירוע מוחי (CVA) או לאחר ניתוח אורטופדי בתנאי שהצורך נקבע על ידי רופא מומחה.
 השתתפות המבטח בשיעור 70% מההוצאה בפועל ועד 3,000 ₪ לתקופה של עד שנה ממועד האירוע הרפואי או הניתוח.
- 3.12. **חיסונים לנוסעים לחו"ל** - שיפוי של עד 300 ₪ לכל נסיעה לחו"ל של מבוטח לארצות חוץ אשר מחייבת על פי הוראת משרד הבריאות הישראלי מתן חיסונים למניעת הדבקות במחלות הקיימות באותן ארצות ובתנאי שהחיסונים בוצעו במרפאה מוכרת המורשית לבצע את החיסונים לנוסעים לחו"ל.
- 3.13. **טיפול פסיכולוגיים לאחר אירוע קשה**
- 3.13.1. אירע למבוטח אירוע קשה אשר בעקבותיו זקוק המבוטח לעזרה טיפולית על ידי רופא פסיכיאטר ו/או פסיכולוג קליני מורשה ("אירועים קשים" הינם מקרים של מות בן משפחה מדרגה ראשונה חו"ח, גירושין של המבוטח, פיטורין של המבוטח, מחלה קשה של המבוטח, אנורקסיה של המבוטח, בולימיה של המבוטח, התמכרות לסמים ו/או אלכוהול של בן משפחה מדרגה ראשונה). המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 75% מעלות הטיפול בפועל, אך לא יותר מ-200 ₪ לטיפול ועד 25 טיפולים אחת לשנתיים.

3.13.2. זקוק המבוטח לעזרה טיפולית עקב הפרעה נפשית, על ידי רופא פסיכיאטר ו/או פסיכולוג קליני מורשה.
המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 50% מעלות הטיפול בפועל, אך לא יותר מ-140 ש"ח לטיפול ועד 25 טיפולים אחת לשנתיים.

3.14. כיסוי לאביזרים רפואיים:

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי כמפורט להלן בכפוף להפניה מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר.
החזר בשיעור של 60% ולא יותר מ-3,500 ש"ח לתקופה של שנתיים (מידי שנתיים סכום הביטוח יתחדש) בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים הרפואיים המפורטים להלן למעט בכיסוי למדרסים שם תעמוד התקרה על עד 470 ש"ח.
החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Agrelief 10, Nevrogar, Ararscol), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר אינהלציה אישי, חגורת בקע, חגורה מתקנת (מילווקי בוסטון), מדרסים (עד 470 ש"ח), גלוקומטר - מכשיר למדידת סוכר, מכשיר אוטומטי למדידת לחץ דם, מכשיר חצי אוטומטי למדידת לחץ דם, מקלונים לבדיקת סוכר בדם, מכשירי הנשמה, סד גבס, מגביר קול לנפגעי הרינגס, מכשיר TNS, חבישות לחץ, פרוטזה חיצונית לשד, תומכים ומגינים לצוואר ולכתף, גרביים אלסטיות, חגורה ארטופדית, עזרי הליכה (מקל הליכה, טריפוד, קוודרפוד, קביים מכל הסוגים), משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטקונוס, שתל קוכולארי, מכשיר שמיעה, בניה מיוחדת של נעליים לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, משאבת אינסולין.

3.15. שיקום דיבור למבורג

היותו של המבוטח במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור בעקבות אירוע מוחי (CVA) או ניתוח או מחלה אשר ניתן לשפרו על ידי טיפול מיוחד לשיקום הדיבור. המבטח ישפה את המבוטח בסכום השווה ל-75% מההוצאה בפועל ועד לסך 120 ש"ח לטיפול, מוגבל ב-10 טיפולים לשנת ביטוח.

3.16. החלמה לאחר אירוע לב/ניתוח מח

מצבו הבריאותי של מבוטח אשר עבר אירוע לב/ניתוח מח המחייב על פי הוראה רפואית שהייה במוסד החלמה מיוחד למי שעבר אירוע לב/ניתוח מח, בתנאי שהשהייה הינה בסמוך לאחר שחרורו מבית החולים. כאירוע לב יוגדר: ניתוח לב, השתלת לב או אוטם שריר הלב.
המבטח ישפה את המבוטח בסכום השווה ל-75% מההוצאה בפועל ועד לסך 410 ש"ח לכל יום ולתקופה מירבית של 7 ימים.

3.17. החלמה לאחר ניתוח קשה

בוצע במבוטח ניתוח אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים תקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, תשתתף החברה בהוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח בגובה 75% מההוצאה בפועל ועד לסך של 410 ש"ח לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על 7 ימים. ההחזר יינתן בגין שהות בבית החלמה שהינו מוסד בו קיימת השגחה רפואית של אחות ו/או רופא מטעם המוסד ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי.

3.18. היעדרות מלימודים

למבוטח הלומד בכיתות א'-יב' בבית ספר, כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח סכום הפיצוי לו יהיה זכאי מבוטח בקרות מקרה הביטוח יהיה: 121 ש"ח ליום, לכל יום היעדרות החל מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא ייחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

תקופת אכשרה לסעיף זה - 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.19. טיפולים ברפואה משלימה

מבוטח אשר לו בעיה רפואית אשר מטופלת באחד מהטיפולים להלן יקבל החזר בשיעור 80% מההוצאות בפועל ועד 110 ש"ח לטיפול ועד 3,000 ש"ח לכל שנת ביטוח. להלן רשימת הטיפולים המכוסים:

3.19.1. "אקופונטורה" - טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.

3.19.2. "הומאופטיה" - שיטת טיפול כוללת, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמהלו או דוללו פעמים רבות.

3.19.3. "ביו פיזיק" - טכניקה טיפולית העושה שימוש במיכשור אלקטרוני לצורך מדידה מיידידת של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.

3.19.4. "כירורפרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השידרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.

3.19.5. "אוסטיאופטיה" - טיפול להשגת הקלה בהפרעות במערכות השרירים והשלד ע"י שיפור הזרימה במערכות כלי הדם. הלימפה והעצבים.

3.19.6. "פלדנקריז" - טיפול ביכולת התנועה ויציבת הגוף, תוך פיתוח מודעות להרגלי התנועה והקניית הרגלי תנועה נכונים.

3.19.7. "פרלקסולוגיה" - טיפול באמצעות לחיצות ועיסוי בעיקר בכפות רגליים לאבחון ושיפור תפקודן של מערכות הגוף השונות.

3.19.8. "שיאצו" - לחיצות ועיסוי, בעיקר ע"י אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף לצורך שחרור ואיזון הזרימה.

3.19.9. "שיטת אלכסנדר" - טיפול ביכולת התנועה ויציבות הגוף תוך פיתוח מודעות להרגלי תנועה והקניית הרגלי תנועה.

3.19.10. "עוץ דיאטטי" - התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי.

3.19.11. "טורופתיה" - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.

3.19.12. "הרבולוגיה"

3.19.13. "שיטת פאולה".

3.20. סיוע לאחר ניתוח:

מבוטח אשר יהיה מאושפז בבית חולים עקב ניתוח במשך 7 ימים רצופים יהיה זכאי לפיצוי יומי בסך 680 ש"ח ליום החל מהיום השמיני ולמשך תקופה מירבית של 14 יום.

3.21. כיסוי לתושב אילת:

מבוטח אשר זקוק לניתוח, אשר לפי חוות דעת רפואית לא ניתן לבצעו בבית חולים באילת, יהיה זכאי להחזר הוצאות טיסה למבוטח בלבד, לפי מחיר לתושבי אילת.

3.22. אחות פרטית באשפוז לאחר ניתוח:

בבית חולים פרטי, לאחר ניתוח הכרוך באשפוז של יומיים ויותר, שיפוי בגובה 85% מההוצאות בגין שכירת אחות פרטית. תקרת הכיסוי - 550 ש"ח ליום, עד 10 ימים וכל עוד המבוטח מאושפז בבית החולים הפרטי.

4. חריגים מיוחדים

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

4.1. בדיקות תקופתיות ובדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט המפורט בפרק זה.

4.2. בכיסוי לטיפול רפואה משלימה לא יכוסו טיפולים עתידיים, טיפולי היפנוזה ו/או היפנוטרפיה, טיפולים ו/או יעוץ לצורך הרזיה והפסקת עישון למעט מקרה אשר יש לו הצדקה רפואית והמלצה לטיפול ניתנה על ידי רופא מומחה, הוצאות עבור טיפולים ו/או חומרי מרפא או חומרים אחרים אשר הומלצו לצורך טיפולים.

5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 60 ימים ממועד תחילת הביטוח. במקרה של כיסוי הקשור בהיריון או בהתפתחות הילד עבור ילד מעל גיל 10, תהא תקופת אכשרה של 180 יום. במקרה של כיסוי לאביזרים רפואיים, תקופת האכשרה תהיה 90 ימים ממועד תחילת הביטוח. למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה.

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 בידי:

1. "החברה" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
2. "מנוי" - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו/ה ותעודת זהותו/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
3. "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השרות 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 זהותו/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי.
6. "הספק" - הגוף עימו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שרות זה, אשר פרטיו מפורטים בדף פרטי הביטוח.
7. "רופא" - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.
8. "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.
9. "ממין ראשי" - אחראי על אישור זכאות המנוי לשירות, על פי מצבים רפואיים כמפורט בכתב השירות.
10. "מנהל רפואי אישי" - רופא בעל תואר מומחה ברפואה פנימית עמו התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
11. "אחות" - אחות שהוסמכה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
12. "עובד/ת סוציאלי/ת" - עו"ס שהוסמך/ה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן שירותים המפורטים בכתב שירות זה.
13. "מתאם/ת שירות" - אדם שעבר הכשרה מתאימה לתפקיד מתאם/ת שירות. מתאם/ת השירות מקיים/ת את התקשורת השוטפת עם המנוי בכל הקשור לשירות כמפורט בכתב שירות זה.

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

ב. היקף השירותים:

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

השירות כולל:

1. מינוי רופא מומחה אשר ישמש כמנהל רפואי אישי. המנהל הרפואי האישי יפעיל צוות פרא-רפואי הכולל אחות ועובדת סוציאלית על פי שיקול דעתו.
2. ריכוז וסקירת התיק הרפואי (Intake) כולל הערכה ראשונה של המקרה הרפואי על ידי המנהל הרפואי האישי.
3. פגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי. פגישות אישיות נוספות ייקבעו בהתאם לצורך רפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות לא יעלה על 4 פגישות אלא אם קיים צורך רפואי מהותי אשר מצדיק פגישות נוספות.
4. הפניית התיק הרפואי להתייעצות נוספת על פי צורך ובהחלטת המנהל הרפואי האישי לרופא מומחה בתחום הרלוונטי בארץ או בהעדר ידע או ניסיון מספק בארץ, למומחה בתחום במדינה אחרת בעולם.

5. מתן מידע אובייקטיבי במהלך הפגישות כאמור התומך בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות ואשר יצוין בדו"ח הרפואי המסכם כמפורט בסעיף 12 להלן.
6. המלצה לפניה לגורמים רפואיים ופרא רפואיים מתאימים להמשך ייעוץ/טיפול. יובהר כי התשלום בגין ייעוץ/ טיפול שהמנוי הופנה אליו על ידי הספק כאמור לעיל, הינו על חשבון המנוי.
7. שיחות טלפוניות לתיאום עם הגורמים הרפואיים המטפלים במנוי.
8. ליווי למקרה רפואי על ידי מתאם/ת השירות ו/או הצוות הרפואי והפרא-רפואי.
9. ייעוץ למנוי במהלך אשפוז ו/או אחריו כולל ביקור באשפוז ו/או ביקור בית לאחר טיפול פולשני/ניתוח על פי צורך ובהתאם לשיקול דעתו הבלעדי של המנהל הרפואי האישי.
10. ליווי וייעוץ על ידי אחות בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם האחות לא יעלה על 4 פגישות.
11. ליווי על ידי עובד/ת סוציאלית/ת בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם עובדת סוציאלית לא יעלה על 4 פגישות.
12. סיכום כל המסמכים הרפואיים לידי דו"ח רפואי מסכם על ידי המנהל הרפואי האישי, הכולל המלצות להמשך טיפול ומעקבים רפואיים, תוך 7 ימים ממועד סיום תקופת השירות בגין המקרה הרפואי.
13. מוקד שירות טלפוני באמצעותו תיפתח קריאת שירות למנויים ובדיקת השתייכותם לכתב השירות וכן טיפול שוטף בפניות המטופלים. המוקד יפעל 24/7 למקרים דחופים הכוללים קבלת הודעות על שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי ובכלל זה פינוי המנוי לבית חולים ו/או אשפוז.

עבור כל מקרה רפואי לניהול יישלם המנוי השתתפות עצמית של 380 ₪. המנוי יהיה זכאי לקבל שירותים כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שתיקבע עפ"י הצורך הרפואי ושלא תעלה על 90 יום מיום אישור הזכאות על ידי הממין הראשי כמפורט בפרק ג' להלן. ניתן יהיה להאריך את תקופת השירות האמורה, באישור המנהל הרפואי האישי ובכפוף לאישור הספק במקרים בהם קיים צורך רפואי המחייב הארכה של התקופה. הארכת התקופה תחשב כארכה של אותו מקרה רפואי והמנוי יחויב בדמי השתתפות נוספים בתאום עם המנוי.

בכל מקרה, המנוי לא יהיה זכאי לקבל שירות לפי כתב שירות זה ליותר מאשר מקרה רפואי אחד במהלך שנת ביטוח. אם במהלך תקופת השירות התגלה מקרה רפואי נוסף ו/או סיבוך של המקרה הרפואי הקיים, ייחשב המקרה כמקרה רפואי אחד.

יובהר כי בכל מקרה הספק ו/או החברה אינם מחויבים בהתאם לכתב שירות זה להעניק למנוי כל שירות רפואי בפועל או מימון 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, ייעוציים 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 שעתים 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 בבדיקה אחת רלוונטית מתוך הרשימה להלן: בדיקת הדמיה (בדיקות כגון MRI, CT וכדומה ולא רק צילום רנטגן רגיל), ו/או בדיקות פולשניות, ו/או בדיקות מעבדה מורכבות (לא כולל בדיקת דם, צואה ושתן שגרתיות) ו/או בדיקות עזר נוספות. מצבים רפואיים ללא אבחנה אשר תסמיני המחלה אינם ספציפיים (דוגמת עייפות וכאבי שרירים כלליים) וסימני המחלה אינם באים לידי ביטוי בבדיקות הדם ו/או בבדיקות ההדמיה ולאחר שהספק 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, אנצפאלופטיה 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 לימפטיים. המנוי יהיה זכאי לשירות כמפורט בכתב שירות זה לאחר בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

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

2.6. מחלות 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 2 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 אנדוסקופיה
- ח. ניתוחים לטיפול בפגיעות ראש ועמוד שדרה.

2.7. מחלות אורטופדיות-

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

2.7.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

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

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 הבודד או במספר גנים קטן (Inborn Error of Metabolism) והגורמים לפגיעה ביכולת האנרגטית, או ביכולת הבניה ו/או הפירוק של אבני הבניין של התא, או פגיעה מיטוכונדריאלית.

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 באזניים

ב. ניתוחי נחירות

ג. ניתוחים למטרות יופי ואסתטיקה

2.14. מחלות עור-

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

2.14.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. אקנה

ב. פטרת עורית (חיצונית)

ג. נשירת שיער

ד. מחלות מין

2.15. מחלות בתחום הגניקולוגיה והמיילדות-

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

2.15.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

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

2.16. מחלות אימונולוגיות-

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

2.17. מחלות ריאה-

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

2.18. מחלות זיהומיות-

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

2.19. מחלות עיניים-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המצריכים פרוצדורות ניתוחיות חוזרות הגורמים לפגיעה 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 הפנייה 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 מהאוכלוסיה 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 המנוי לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח לא נעשה באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא בהפניה על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

ב. מחלות כרוניות בילדים

ג. מחלות על רקע גנטי

ד. מומים מולדים

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

ו. הפרעות התפתחות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי בירור וטיפול במכון להתפתחות הילד וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.

ז. בעיה רפואית במסגרת אשפוז של למעלה מ-21 ימים רציפים לכל מקרה רפואי.

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

ט. אטופיק דרמטיטיס בדרגה בינונית ומעלה

2.22.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות ריאה ילדים:

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 באזניים

ה. ניתוחי בקע - Hernia

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

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

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

2.23.2. מקרה רפואי אינו כולל כל אחד מאלה:

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

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

2.25. חריגים כלליים:

הספק לא יהיה חייב במתן שירות על פי כתב שירות זה במצבים הרפואיים הבאים:

2.25.1. השתלת איברים בישראל או בחו"ל

2.25.2. מצבים רפואיים ו/או פרוצדורות הקשורות בפוריות ו/או עקרות למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.

2.25.3. מחלות פסיכיאטריות במבוגרים ו/או מחלות נפש

2.25.4. מצבים הקשורים באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה השמנת יתר, למעט ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד

2.25.5. מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים ופה ולסת

2.25.6. טיפול תרופתי מניעתי של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (Aids).

2.25.7. מחלת פיברומיאלגיה

2.25.8. מחלת נירופתיות

2.25.9. תסמונת עייפות כרונית

2.25.10. עיוורון מוחלט ובלתי הפיך

2.25.11. שבץ מוחי (CVA)

2.25.12. ורידים ודליות ברגליים

2.25.13. כוויות קשות כשהמנוי נמצא באשפוז במסגרת מוסד רפואי

2.25.14. אלרגיות

2.25.15. חולים הנמצאים במהלך אשפוז של פחות מ-21 ימים רציפים

2.25.16. כל מחלה שאינה מפורטת ברשימת המחלות שפורטו בסעיף ד' לעיל

ה. הגבלה

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

ו. תוקפו של כתב השירות

1. לעניין תוקפו של כתב השירות יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל את כתב השירות אם יוחלט על ידיה לבטלו או לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור המפקח על ביטוח. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 60 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.

2. מובהר כי המנוי זכאי לבטל את הכתב השירות בכל עת. הביטול יהיה בתוקף ממועד קבלת הודעת המבוטח בחברה. ככל ששולמה על-ידי המבוטח פרמיה בגין כתב השירות בגין התקופה שלאחר הביטול, יוחזר למנוי החלק היחסי של התשלום ששילם בגין התקופה שלאחר ביטול כתב השירות.
3. בנוסף לאמור בתנאים הכלליים של הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה, תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
 - 3.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא.
 - 3.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד, בהתאם לחוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
4. במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר למתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מחויב הספק להשלים מתן שירותים נשוא כתב שירות זה, למנויים אשר נמצאים במהלך תקופת השירות ולא יותר משלושה חודשי שירות כולל תקופת ההודעה מראש למנויים על הפסקת השירות.
5. מובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים נשואי כתב שירות זה. מנוי שהתחיל בקבלת שירות נשואי כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלימם, תפקע זכותו לאחר סיום השלמת השרות.

ז. תנאי הצמדה

1. כל התשלומים על-פי כתב שירות זה, לרבות דמי המנוי צמודים למדד באופן שאם המדד החדש יעלה על מדד הבסיס, יגדל התשלום בשיעור עליית המדד החדש לעומת מדד הבסיס. אם המדד החדש ירד, יקטן התשלום כאמור בהתאמה.
 - 1.1. "המדד" משמעו מדד המחירים לצרכן כולל פירות וירקות המתפרסם מדי פעם בפעם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וכולל אותו מדד אף אם יתפרסם ע"י כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיתפרסם על ידי גוף או מוסד כאמור ואותו גוף או מוסד לא קבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, יקבע היחס האמור ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
 - 1.2. "מדד החדש" משמעו המדד הידוע ביום התשלום.
2. סכום דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח. הסכום הנ"ל צמוד למדד הבסיס ויעודכן אחת לחודש.

ח. שונות

1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
2. הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטחת, ייחשבו כהודעות שנמסרו למנויים.
3. המנוי והחברה מתחייבים להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם.

פרק ז': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן - כללית מושלם/פלטינום, מגן זהב, מאוחדת עדיף/שיא, לאומית זהב)

פרק זה יחול במקום פרק ג', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים כמפורט בסעיף 2.2.8 בתמורה לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 6 לפוליסה זו

1. הגדרות:

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

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

1.3. ניתוח -

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

1.5. בית חולים פרטי -

אחד מאלה:

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

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

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

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

1.8. שתל -

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

1.9. תקופת אכשרה

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

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2. שכר מנתח.

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

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

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

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

4. תגמולי ביטוח:

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

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

בקרות מקרה ביטוח החברה המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

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

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

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

5.5 ברות ביטוח:

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

6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 9.4 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

7. תקופת אכשרה:

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

פרטי התקשרות

קרנות 2000

*6955 מוקד 📞

052-3318252 וואטסאפ 📞

www.kranot.org.il 🖱️

למידע ובירורים ניתן לפנות למוקד

1-800-350-101 📞

20:00-08:00 בין השעות 🕒

www.harel-group.co.il 🖱️

שירות רופא מלווה אישי

*5226 📞

