



אוניברסיטת
רייכמן

ביטוח בריאות קבוצתי

לחברי סגל אוניברסיטת רייכמן ובני משפחותיהם

סגל יקר,

אנו שמחים להציג בפניך את פוליסת הביטוח הרפואי הקבוצתי לחברי הסגל של אוניברסיטת רייכמן ובני משפחותיהם.

הביטוח הרפואי עוזכן ושופר מתוך כוונה לתת מענה אופטימאלי למגבלות הכיסוי הנובעות מחוק הבריאות והביטוחים המשלימים של קופות החולים וכולל מרכיבים משמעותיים אשר לא היו בביטוח הקודם.

אנו רואים בביטוח הרפואי מרכיב חשוב בסל ההטבות אשר אוניברסיטת רייכמן מעניקה לחברי הסגל ובני משפחתם, כחלק מהמחויבות של הארגון לחברי הסגל שלו.

אנו ממשיכים לקבל את השירות באמצעות סוכנות "מדנס" אשר מבטחת אותנו דרך "הראל חברה לביטוח".

בחוברת זו תמצאו מידע על הפוליסה, כיצד להרחיב את הכיסויים הקיימים, כיצד לפעול בעת תביעה וכן פירוט מקיף ומלא של מלוא זכויותיכם על פי ביטוח זה.

בברכת בריאות שלמה

ד"ר איילת בן עזר גלברד

גולן זריהן, רו"ח

סגן נשיא לכספים

מנכ"לית וסגנית נשיא

תוכן עניינים

4.....	גילוי נאות
15.....	פרק מבוא - הגדרות ותנאים כלליים
31.....	רובד בסיס
31.....	פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
38.....	פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות
42.....	פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
47.....	פרק ד': כיסוי לניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
52.....	פרק ה': שירותים אמבולטוריים
56.....	רובד הרחבה
56.....	פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

גילוי נאות

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

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אוניברסיטת רייכמן ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אוניברסיטת רייכמן ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	רובד בסיס השתלול וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות מחוץ לסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית, שירותים אמבולטוריים. רובד הרחבה ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון לא השתתפות עצמית. *בהתאם לרבדים שנרכשו ע"י המבוטח
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.2.2026 ועד ליום 31.1.2031.

תמצית פרטי הפוליסה	
רובד בסיס השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה, קצבה חודשית למועמד להשתלה וגמלת החלמה על פי תנאי הפוליסה. תרופות מחוץ לסל הבריאות כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות למצבו הרפואי של המבוטח בגין התוויה וכל זאת על פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כמו כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה כמפורט בפרק זה. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן. כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית 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. שירותים 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, טיפולים פיזיותרפיים, אביזרים רפואיים ועוד. רובד הרחבה ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית 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.	תיאור הביטוח
באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, ביתר המקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה - סעיף 20. פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל - סעיף 6. פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות - סעיף 5. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - סעיף 6. פרק ד': כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית - סעיף 6. פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית - סעיף 4. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.	הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)

תמצית פרטי הפוליסה	
גובה הפיצוי הכספי שאקבל	פרק א': השתלוח, סעיף 4.3.5 - השתלוח שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪, למעט השתלוח מח עצם עצמית, סעיף 4.3.6 - פיצוי בסך 350,000 ₪ לפני ביצוע ההשתלוח למבוטח הנזקק להשתלוח וטרם ביצע אותה, למעט במקרה של השתלוח קרנית ו/או מח עצם עצמית. פרק ג': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - פיצוי בסך 150,000 ₪ במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹	פרק א': השתלוח וטיפולים מיוחדים מחוץ לארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים. פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות, תקופת אכשרה של 90 ימים. פרק ג': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - תקופת אכשרה של 90 ימים. פרק ד': כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית, תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים. פרק ה': שירותים רפואיים אמבולטוריים, תקופת אכשרה של 90 ימים. למעט התפתחות הילד והריון ולידה, לגביהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום. פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית, תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.
השתתפות עצמית	פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות, השתתפות עצמית של 300 ₪ למרשם תרופה לחודש ולא יותר מ-500 ₪ עבור כל המרשמים באותו החודש. לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪ ו/או עבור תרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן. סעיף 3.3 - השתתפות עצמית של 20% עבו בדיקות גנומיות. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - השתתפות עצמית 20% מההוצאה בפועל עבור הוצאות שיקום בישראל עקב ניתוח מורכב, כמפורט בסעיף 4.2.6.3. פרק ה': שירותים רפואיים אמבולטוריים, השתתפות עצמית של 20%. השתתפות עצמית של 25% עבור משדר קרדילוגי.
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.

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

תמצית פרטי הפוליסה			עלות הביטוח
מבטחים	מחיר מלא לרובד בסיס במסלול ניתוחים משלים שב"ן (ללא השתתפות עצמית) (פרקים א'-ה')	תוספת מחיר על רובד בסיס לרובד הרחבה (פרק ו') עבור מסלול ניתוחים משקל ראשון	
עובד/ת	163 ₪	41 ₪	*ילד - עד גיל 25. ילד שלישי ואילך יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח בפוליסה הכוללת לפחות הורה בגיר אחד ושני ילדים (מתחת לגיל 26). יובהר, פטור מתשלום הפרמיה בגין ילד שלישי לא יחול על ילדים בוגרים מגיל 26 ואילך. **גורם משלם ואופן התשלום: עובד - הפרמיה בגין רובד הבסיס, במימון המעסיק ובמרוכז, לא כולל גילום המס. עובד בהרחבה ובני המשפחה בכל הרבדים - במימון העובד באמצעי גביה אישי. דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום הולדתו (לדוגמא: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2023, יראו את ה-1.1.2023 כמועד הגיעו לגיל 40). באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון כנס למחשבון. מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם ביום 15.1.2026.
ילד/ה עד גיל 25 כולל	48 ₪	8 ₪	
מי שאינו ילד עד גיל 30	71 ₪	21 ₪	
31-40	90 ₪	25 ₪	
41-50	143 ₪	42 ₪	
51-55	170 ₪	50 ₪	
56-60	226 ₪	64 ₪	
61+	322 ₪	99 ₪	
לאחר 30 חודשים תיתכן התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.			שיוני הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
רובד בסיס			
השתלולות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל	השתלה לפי סעיף 1.1.1 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד שחלה ומעי וכל שילוב ביניהם, או השתלה של מח עצם מתורם אחר, שנלקחו מגופו של אדם אחר. השתלה לפי סעיף 1.1.2 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם שנלקח מבעלי חיים. השתלה לפי סעיף 1.1.3 - השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, דיאליזה, הטסה רפואית טיפולי המשך ועוד. סעיף 4.3.5 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו, למעט השתלת מח עצם עצמית.	סעיף 3.2.1 עבור סעיף 1.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם להוצאות המפורטות בסעיף 4.1 או עד לסך של 5,000,000 ₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם עבור ההוצאות המפורטות. סעיף 3.2.2 עבור סעיף 1.1.2 כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 4.1 אצל נותן שירות שבהסכם או עד לסך של 3,000,000 ₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם עבור ההוצאות המפורטות. סעיף 3.2.3 עבור סעיף 1.1.3 כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם להוצאות המפורטות בסעיף 4.1 או עד לסך של 150,000 ₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם עבור ההוצאות המפורטות. וכן כיסוי עד לתקרה להוצאות נוספות כגון: סעיף 4.2.1 - הוצאות בדיקות לאיתור מח עצם, עד 300,000 ₪ סעיף 4.2.2 - הוצאות בשל הערכה רפואית - עד 200,000 ₪ סעיף 4.2.3 - הוצאות טיפולים רפואיים מחוץ לישראל לרבות דיאליזה - עד 250,000 ₪. סעיף 4.2.4 - הטסה רפואית עד 100,000 ₪. אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא. סעיף 4.3.1 - קצבה חודשית למועמד להשתלה כמפורט בתוכנית. סעיף 4.3.3 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות המבוטח בסך 350,000 ₪.	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל	סעיף 4.3.6 - פיצוי לפני ביצוע ההשתלה למבוטח שנוזקק להשתלה אבל טרם ביצע אותה ולא דרש ולא קיבל את ההשתתפות החברה, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמית.	סעיף 4.3.6 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪.	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.3 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 3.3-3.4 עבור סעיף 1.3 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.2.2 עד 4.2.7 או עד לסך של 1,000,000 ₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם, עבור ההוצאות המפורטות.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 4.3.2 - גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית. סעיף 4.3.3 - גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלת מח עצם עצמית. סעיף 4.3.4 - גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.	סעיף 4.3.2 - סכום חודשי בסך 7,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים. סעיף 4.3.3 - סכום חודשי בסך 4,000 ₪ לתקופה של עד 3 חודשים. סעיף 4.3.4 - סכום חודשי בסך 3,000 ₪ לתקופה של עד 12 חודשים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

תרופות מחוץ לסל הבריאות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופה שהינה אחת או יותר מהתרופות להלן: תרופה שאיננה כלולה ושהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח. תרופה הכלולה בסל שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. תרופות OFF LABAL, תרופות יתום כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מירבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ₪. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	עבור תרופות על פי סעיפים 2.1.1-2.1.5 לפרק זה - 300 ₪ לתרופה, לאותו חודש ולא יותר מ-500 ₪ חדשים בגין מספר תרופות בחודש, למעט בגין תרופה שעלותה החודשית עולה על סכום של 5,000 ₪ ו/או עבור תרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן שבהן לא תחול השתתפות עצמית.
תרופה מיוחדת	סעיף 2.1.5 - תרופה מיוחדת	סכום ביטוח מירבי בשל כל מקרי הביטוח על פי סעיף זה הנו עד לסך של 1,000,000 ₪ הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	
בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	סעיף 2.2 - ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	סעיף 3.3 - עד 80% מההוצאות ולא עד יותר מ-60,000 ₪ עבור כל מקרה ביטוח. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	20% מההוצאות
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.4 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי או שירות רפואי הכרוך בנטילת תרופה המכוסה בהגדרת מקרה הביטוח	עד לסך של 500 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 60 ימים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל או בטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל	סעיף 3 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, עד לתקרה של 40 ימים, כולל הוצאות חדר ניתוח, שכר הרופא המנתח, עלות הטסת גופה, שתל שהושתל במהלך ניתוח 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 250% מעלות אותו הניתוח בישראל או 350,000 ₪, הגבוה ביניהם. הכיסוי כולל החזר הוצאות עבור שתל - עד 60,000 ₪.
התייעצות בקשר לניתוח	סעיף 4.2.1-4.2.2 לפרק - שתי התייעצויות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל והתייעצות אחת עם מומחה מחוץ לישראל	עד לסך של 1,200 ₪ לכל התייעצות עם רופא מומחה בישראל ועד 10,000 ₪ עבור התייעצות עם רופא מומחה מחוץ לישראל.
הבאת מומחה רפואי לישראל	סעיף 4.2.4 לפרק - הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל	עד 200,000 ₪
הוצאות בשל ניתוח מורכב, שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים ברצף לפחות.	סעיף 4.2.6 לפרק - במקרה של אשפוז בשל ניתוח מורכב יינתן כיסוי בגין הוצאות שהייה מחוץ לישראל, המשך מעקב רפואי מחוץ לישראל עקב הניתוח והוצאות עבור מוסד החלמה.	אחות פרטית - עד 8 ימים, מתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח ועד 650 ₪ ליום. הוצאות החלמה - עד 10 ימים תוך 3 חודשים ממועד הניתוח, ועד לסך של 600 ₪ ליום. המשך מעקב רפואי בחו"ל - תוך 90 יום מהניתוח ועד לסך של 100,000 ₪. עד 16 טיפולי שיקום שיבוצעו בישראל תוך 90 יום מהניתוח, ועד לסך של 250 ₪ לטיפול ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות הטיפול.
מוות כתוצאה מניתוח	סעיף 4.3.1 לפרק - פיצוי חד פעמי בגין מוות כתוצאה מניתוח במהלך 14 ימים מיום הניתוח.	פיצוי חד פעמי בסך 150,000 ₪.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 3.1 בפרק - הוצאות (כמפורט בסעיף) בגין טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל	כיסוי עבור ההוצאות המפורטות בתכנית ועד 250% מעלות אותו הניתוח בישראל או 350,000 ₪, הגבוה ביניהם.
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 לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 4.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 4.2-4.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פליטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 4.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.	

תמצית מהכיסויים לשירותים האמבולטוריים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	סעיף 2 לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.	כיסוי עד לתקרה המרבית לכל טיפול כמפורט בפרק.	סעיף 4 - 90 יום, למעט התפתחות הילד והריון ולידה, לגביהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום.	
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי	כיסוי עד ל-1,000 ש"ח להתייעצות ועד סה"כ 3 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.	סעיף 4 - 90 יום	20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 3.2 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 5,000 ש"ח לכל בדיקה ועד 14,000 ש"ח עבור כל הבדיקות האבחנתיות למבוטח לשנת ביטוח.	סעיף 4 - 90 יום	20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים	סעיף 3.8 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 10 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-200 ש"ח לטיפול למבוטח לשנת ביטוח	סעיף 4 - 90 יום	20% מההוצאה בפועל
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 3.16 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון ובדיקות לגילוי גנים נשאים לסיסטיק פיברוזיס, תסמונת איקס שביר, וגושה.	כיסוי עד 4,000 ש"ח לכל הריון, ובגין ייעוץ ו/או בדיקות לסיקור גנטי - עד 3,000 ש"ח להריון. בהריון מרובה עוברים התקרות תהייה 175% מהתקרות הנקובות לעיל.	סעיף 4 - 180 יום	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

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

רובד הרחבה		
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.	

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ביום 15.1.2026.

מידע נוסף:

סכומים שאינם בערך נקוב: יובהר כי תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב, אם קיימים בפוליסה שברשותך, מבוססים על מחירי הסכם המתעדכנים מעת לעת על פי המפורט באתר החברה.

לבירור גובה תגמולי הביטוח האמורים הנכללים בתכנית הביטוח שברשותך, ניתן לפנות למוקד הראל, בטלפון *הראל (2735*) או באתר האינטרנט של החברה שכתובתו <http://www.harel-group.co.il/wps/portal>.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פרק מבוא - הגדרות ותנאים כלליים

1. הגדרות:

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח.

- 1.1. "החברה" או "המבטח" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3. "תאריך תחילת הביטוח" - 1/2/2026.
- 1.4. "תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף המבטח לביטוח זה.
- 1.5. "הסכם הביטוח" - חוזה הביטוח מיום 1/2/2026 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.6. "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.7. "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד לבריאות הנפש.
- 1.8. "בית חולים ציבורי" - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.9. "בית חולים פרטי" - בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/שר"ן ו/או קרנות מחקר ו/או כל גוף ציבורי אחר אשר מבצע פעילות רפואית פרטית במסגרת מוסדרת. יובהר שהגדרה זו אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מ"השקל הראשון" ומשלים שב"ן).
- 1.10. "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל.
- 1.11. "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.12. "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.13. "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.14. "אשפוז" - שהייה בבית חולים הכוללת בין השאר הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבטח.
- 1.15. "נותן שירות בהסכם" - בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, מנתח שהינו רופא מומחה (כהגדרתו לעיל) או רופא אשר הוסמך בחו"ל כמומחה וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.
- 1.16. "אח/ות" - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.
- 1.17. "רופא" - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.18. "מקרה הביטוח" - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה, על בסיס המלצה של רופא מטעם המבטח מקנה למבטח זכות לתגמולי ביטוח.

- 1.19. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/הטיפול ואשר אינו קונבנציונאלי ו/או אינו מקובל לפי אמות מידה מקובלות בישראל.
- 1.20. **"בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה"** - בדיקת מעבדה היסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל המבוטח ו/או את דרך הטיפול המיטבית במבוטח ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן למבוטח.
- 1.21. **"יום אשפוז"** - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ-24 שעות.
- 1.22. **"יועץ מלווה"** - היועץ המלווה אשר ילווה את בעל הפוליסה והמבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה חברת פרש קונספט ניהול סיכונים בריאות בע"מ.
- 1.23. **"גיל" או "גיל המבוטח"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו.
- 1.24. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.25. **"בעל הפוליסה"** - אוניברסיטת רייכמן.
- 1.26. **"העובדים"** - עובדים אצל בעל הפוליסה
- הזכאות להצטרפות לביטוח ומימון ע"י בעל הפוליסה לרובד הבסיס (לא כולל גילום מס) היא עבור:
עובדי הסגל המנהלי עם וותק אצל בעל הפוליסה של שנה ובלפחות 50% משרה.
עובדי הסגל האקדמי הקבוע ו/או סגל אקדמי זוט - זכאות החל מהיום הראשון להעסקתם.
(חריגים לשתי האוכלוסיות: הסכמים אישיים).
- 1.27. **"עובדים חדשים"** - עובדים אצל בעל הפוליסה שלא היו עובדים של בעל הפוליסה בתקופת הפוליסה הקודמת.
- 1.28. **"המבוטח/ים"** - עובדים אצל בעל הפוליסה, ובני משפחותיהם.
- 1.29. **"מבוטח/ים קיימים"** - מי שהיו מבוטחים בפוליסה הקודמת ערב הכניסה לפוליסה זו.
- 1.30. **"מבוטח/ים חדשים"** - עובדים חדשים אצל בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים במועד תחילת ביטוח זה, ו/או עובדים קיימים של בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת, ובני משפחותיהם של כל אלה.
- 1.31. **"בני משפחה / בני משפחותיהם"** - בני/בנות זוגם של העובד (כולל בני אותו המין), לרבות ידועה/ה בציבור וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים וילדים של בני זוג מנישואין קודמים, ובני/בנות זוגם של ילדי העובד/החבר וילדיהם (הנכדים) ובני/בנות זוגם.
- 1.32. **"שבץ"** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.33. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.
- 1.34. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
- 1.35. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.36. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות. המבטח יסתמך בקביעת זכאות המבוטח לטיפול הרפואי על פי תנאי הפוליסה על קביעות רפואיות של קופת חולים.

- 1.37. **"וועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999).
- 1.38. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה.
- 1.39. **"דמי הביטוח" או "הפרמיה"** - הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לשלם למבטח על פי תנאי הפוליסה.
- 1.40. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק.
- 1.41. **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחלד לשירותי הבריאות.
- 1.42. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.43. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.44. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.45. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא, כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם 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).
- 1.47. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".

2. תקופת הסכם הביטוח:

- 2.1. תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה מיום 1/2/2026 וסיומה ביום 31/1/2031 (להלן: **"תקופת ההסכם"** ו/או **"תקופת הביטוח"**).
- 2.2. בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח, ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.
- 2.3. במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, יאריך המבטח את תוקף הפוליסה, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, בתנאים זהים לתנאי הפוליסה בתקופת ההסכם.

- 2.4. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח (וארכות ככל שישנן) כאמור לעיל יחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח (וארכות ככל שישנן), אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה.
- 2.5. פחת מספר המבטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

3. אופן הצטרפות

רובד בסיס:

- 3.1. מבטחים קיימים יצורפו לרובד הבסיס של פוליסה זו אוטומטית, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ברצף ביטוחי מלא מהביטוח הקודם לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. מבטחים קיימים שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות אלו יהיו בתוקף 12 חודשים ממועד תחילת הפוליסה.
- 3.2. עובדים קיימים אשר אינם מבטחים קיימים ובני משפחתם, יצורפו לרובד הבסיס באופן וולונטרי אחרי שחתמו על טופס הצטרפות (תשלום שווי המס בגין ההטבה חל על העובד), ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובתנאי כי החתימה על הטופס בוצעה בתוך 90 ימים ממועד תחילת הסכם זה.
- 3.3. עובדים חדשים יצורפו לרובד הבסיס באופן וולונטרי אחרי שחתמו על טופס הצטרפות (תשלום שווי המס בגין ההטבה חל על העובד), ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובתנאי כי החתימה על הטופס בוצעה בתוך 90 ימים ממועד תחילת העסקתם ו/או זכאותם לביטוח המאוחר מביניהם.
- 3.4. בני משפחה של עובדים חדשים יצורפו לרובד הבסיס ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בגינם בתוך 90 יום ממועד תחילת הסכם זה, או 90 יום ממועד תחילת העסקתו של העובד אצל בעל הפוליסה. מועד הצטרפותם לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרפו להסכם הביטוח בפועל.

רובד הרחבה:

- 3.5. עובדים ובני משפחה קיימים ו/או חדשים יצורפו לרובד זה ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בגינם בתוך 90 יום ממועד תחילת הסכם זה, או 90 יום ממועד תחילת העסקתו של העובד אצל בעל הפוליסה.
- 3.6. עובד שנישא או הפך לידוע בציבור בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו, כולל ילדיו/ה (כולל ילדים בוגרים) בתוך 90 יום ממועד הנישואין או הפיכתו לידוע בציבור, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות. מועד תחילת הביטוח יהיה מועד תחילת הזכאות לצירוף על פי חברת הביטוח.
- 3.7. תינוק שנולד למבטח או שאומץ ע"י מבטח ו/או ע"י בן זוגו, יצורף לביטוח החל ממועד הולדתו ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד ששולמה פרמיה בגינו ושיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם).
- 3.8. עובד אשר יבקש להצטרף לאחד או יותר מרבדי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיה חייב במילוי טופס הצטרפות, הצהרת בריאות וחיתום.

- 3.9. מבוטחים יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, וזאת בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. במידה והמבטוח הראשי נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים בפוליסה עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות אמצעי גביה אישי.
- 3.10. צירוף בני משפחה של עובד בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד, למעט במקרה בו העובד נדחה מהביטוח או מבטוח בביטוח פרטי או קבוצתי אחר הכולל את הכיסויים הכלולים בביטוח הקבוצתי.
- 3.11. יובהר כי גריעת מבטוח מקובץ המבוטחים ו/או אי הוספת מבטוח לקובץ המבוטחים, אשר נגרמה בטעות ו/או בתום לב ו/או עקב השמטה מקרית ו/או בלתי מכוונת, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבטוח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה ו/או הסוכן אישור בכתב, המאשר את העובדה שגריעתו או אי הוספתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב.
- 3.12. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 3.13. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח וסייג מצב רפואי קודם לא יחול. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 3.14. על אף האמור לעיל, ובמהלך תקופת חלון ההזדמנויות - עובדים של בעל הפוליסה ו/או בני משפחותיהם, אשר לא היו מבוטחים בביטוח הקודם ועבר הצטרפותם לביטוח זה היה ברשותם ביטוח/ בריאות פרטי/ים ו/או קבוצתי/ים אחר/ים, יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, בכל הנוגע לפרקי כיסוי חופפים ובכפוף להצגת הפוליסה/ות הקודמת/ות. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפותם לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לפרקי הכיסוי החופפים ולא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על פרקי הכיסוי החופפים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן החרגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי. יובהר כי המבטח לא יכסה מקרה ביטוח שאירע למבוטח לפני הצטרפותו לפוליסה זו, אלא אם צוין אחרת וכן כי מתן הרצף יהא בכפוף לקבלת הבקשה להצטרפות בתקופה בה מתאפשר צירוף לביטוח זה ללא הצהרת בריאות.
- 3.15. שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה ישלח המבטח בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, וישלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורך לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות במבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

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

3.16.1. מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

3.16.1.1. 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 10ד(ג) לחוק עובדים זרים;

3.16.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

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

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

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

(2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

(א) ניתוחים

(ב) תרופות

(ג) השתלות

(ד) מחלות קשות

(ה) שיניים

(ו) תאונות אישיות

3.18. חובת הגילוי

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

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

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

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

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

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

(2) מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

3.18.3. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 3.15.2 לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

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

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

4. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים:

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

רובד בסיס (פרקים א'-ה'):

1. עובד שהינו מבוטח קיים - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

2. בן משפחה שהינו מבוטח קיים - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף כפוף לאישור להעלאת הפרמיה טרם כניסת ההסכם לתוקף.

3. עובד חדש ובני משפחתו - הראשון (1) לחודש בו הוגשה בקשת ההצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה-15 לאותו החודש (כולל). במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה-16 לחודש (כולל), תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב.

4. עובד ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות - הראשון לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

רובד הרחבה (פרק ו'):

5. עובד חדש ובני משפחתו - הראשון (1) לחודש בו הוגשה בקשת ההצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה-15 לאותו החודש (כולל). במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה-16 לחודש (כולל), תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב.

6. עובד ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות - הראשון לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

- 4.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:
(א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
(ב) בתום תקופת הסכם הביטוח.
(ג) במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, 3 ימים לאחר קבלת הודעת הביטול.
(ד) לפי המוקדם במקרים המנויים בסעיף 6 להלן.
(ה) במועד סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה - הביטוח יסתיים הן לגבי המבוטח העובד והן לגבי בני משפחתו המבוטחים.

5. ביטוח בעת חל"ת/חל"ד:

עובד ובני משפחתו המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצא העובד בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד 1954 בתנאי שבמהלך חופשת הלידה ו/או החל"ת בעל הפוליסה ימשיך לדווח על העובד/ת בקובץ המבוטחים החודשי.

6. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

- 6.1. במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת ההסכם זה, לרבות בגלל פיטורין, עזיבת עבודה, גירושין, או פרישה לגמלאות, יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא בהכרח זהים) הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר למבוטחים בני אותו הגיל, ללא מגבלת גיל. ההצטרפות לפוליסה הפרטית תהיה ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין פרקי כיסוי חופפים) ובהנחה בשיעור 10% לתקופה של 10 שנים מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח. מובהר שמבוטח רשאי לבחור לעבור לפוליסה פרטית עם כיסויים פחותים מאלה שהיו בפוליסה הקבוצתית.
- 6.2. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.
- 6.3. על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב עד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.
- 6.4. המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.
- 6.5. במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.
- 6.6. היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי ההסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.
- 6.7. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יאה כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.
- 6.8. על אף האמור לעיל, ההסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה. יובהר שהאמור אינו גורע מזכות המבטח לבטל את ההסכם הביטוח בהתאם לעילות המופיעות בחוק.

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

7.1. דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם** הינם כמפורט להלן:

מבוטחים	מחיר מלא לרובד בסיס במסלול ניתוחים משלים שב"ן (ללא השתתפות עצמית) (פרקים א'-ה')	תוספת מחיר על רובד בסיס לרובד הרחבה (פרק ו') עבור מסלול ניתוחים משקל ראשון
עובד/ת	163 ₪	41 ₪
ילד/ה עד גיל 25 כולל	48 ₪	8 ₪
מי שאינו ילד עד גיל 30	71 ₪	21 ₪
31-40	90 ₪	25 ₪
41-50	143 ₪	42 ₪
51-55	170 ₪	50 ₪
56-60	226 ₪	64 ₪
61+	322 ₪	99 ₪

*ילד - עד גיל 25. ילד שלישי ואילך יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח בפוליסה הכוללת לפחות הורה בגיר אחד ושני ילדים (מתחת לגיל 26). יובהר, פטור מתשלום הפרמיה בגין ילד שלישי לא יחול על ילדים בוגרים מגיל 26 ואילך.

גורם משלם ואופן התשלום: עובד - הפרמיה בגין רובד הבסיס, **במימון המעסיק ובמרוכז, לא כולל גילום המס. עובד בהרחבה ובני המשפחה בכל הרבדים - **במימון העובד באמצעי גביה אישי**.

7.2. בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים, למעט לגבי המבוטחים מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי המבטח באמצעי גבייה אישי.

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

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

7.5. 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 ₪ במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילד או בן זוג של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו, לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח".

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

7.5.2. לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

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

- 7.5.4. במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 7.5.5. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

7.6. התאמת דמי הביטוח

- 7.6.1. בתום שלושים (30) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, המבטח יהא רשאי להתאים את הפרמיה במטרה לאזן את הפוליסה ביתרת תקופת הביטוח, וזאת בהתאם לבדיקה של נתוני תיק הביטוח כמפורט בהסכם בין המבטח לבעל הפוליסה.
- 7.6.2. במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה בהתאם לנוסח התאמת הפרמיה הקיים בהסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטח על פי אחוז ההפסד ולא יותר מ-35%.
- 7.6.3. במידה והצדדים לא הגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.

8. תביעות ותגמולי ביטוח

- 8.1. החברה תשלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו או תעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם בכפוף להתקיימותם של כל אלה:
- 8.1.1. המבוטח/מוטב הודיע לחברה על קרות מקרה הביטוח מיד לאחר שנודע לו על קרות מקרה הביטוח ועל זכותו לתגמולי הביטוח וקיבל אישור החברה לחבותה על-פי פוליסה זו. לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח/מוטב פנה לחברה באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותו, לא הכביד על הבירור או לא מנעו את הקטנת ההוצאה הוא הנזק בגינם מתבקש תשלומם של תגמולי הביטוח.
- 8.1.2. המבוטח חתם על כתב ויתור סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הקבלות, הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים הדרושים לחברה לבירור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 8.2. 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 החברה. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.
- 8.3. החברה תהא רשאית על-פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח.
- 8.4. תגמולי ביטוח מכוח פוליסה זו ישולמו במטבע ישראלי.
- תגמולי ביטוח בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע ישראלי יוצמדו למדד המחירים לצרכן ממועד תשלומם על-ידי המבוטח ועד למועד תשלום תגמולי הביטוח. תגמולי ביטוח בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע זר, ישולמו לפי שער החליפין היציג של המטבע הישראלי, ביום תשלום תגמולי הביטוח.

- המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח המירבי.
- 8.5. נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח להם זכאי ספק השירות הרפואי, בהתאם להתחייבות החברה.
- 8.6. נפטר המבוטח, והיה זכאי לקבלת תגמולי ביטוח נוספים, תשלם החברה לעיזבונו ו/או ליורשיו החוקיים.
- 8.7. היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות על-פי ביטוח זה, במלואן או חלקן, במסגרת פוליסה אחרת בחברת ביטוח אחרת, תהא החברה אחראית בידד ולחוד עם חברת הביטוח האחרת ביחס להוצאות המכוסות החופפות. המבטחים ישאו בנטל החיוב בינם לבין עצמם לפי היחס שבין סכומי הביטוח.
- 8.8. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב - סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:
- 8.8.1. 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.
- 8.8.2. 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.

9. גבית דמי הביטוח:

- 9.1. מוטלת על המבוטח לפי תנאי הסכם הביטוח והפוליסה חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, את דמי הביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.
- 9.2. מבטח לא יצרף מבוטח לביטוח אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבוטח, אשר תועדה ולאחר שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד (להלן: "הסכמה מפורשת"). במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי.
- 9.3. האמור בסעיף 9.2 לעיל לא יחול על הסכם ביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
- 9.3.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
- 9.3.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה (להלן: "רצף ביטוחי").
- 9.3.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" הינו פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: (א) ניתוחים, (ב) תרופות, (ג) השתלות, (ד) מחלות קשות, (ה) שיניים, (ו) תאונות אישיות.
- 9.4. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר

מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטוח, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטוח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

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

10. וועדת ערר:

- 10.1. מבטוח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שקיים כיסוי בפוליסה בגינה ושנחתה ע"י המבטח, לדיון מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ-20 ימי עבודה מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה יהא באחריות בעל הפוליסה/היועץ.
- 10.2. המבטוח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבטוח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.
- 10.3. הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח והיועץ. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.
- 10.4. החלטת הוועדה תחייב את המבטח.
- 10.5. למען הסר ספק, אין בהחלטת וועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבטוח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

11. תחלופ (סברוגציה):

- 11.1. מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבטוח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבטוח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות על פי חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבטוח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.
- 11.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבטוח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבטוח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 11.3. המבטוח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבטוח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבטוח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

12. ביטוח כפל:

המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אך אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח, ובין אצל מבטח אחר. 12.1. בפוליסות שתגמולי הביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח

13. התיישנות תביעות:

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

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

- 14.1. 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 שיוזר עליהם המפקח;
2. על אף האמור בתקנה משנה (א) לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין-
 - (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
 - (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
 - (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 14.2. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 14.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 14.4. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת

הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

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

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

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

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

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

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

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

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

16. תנאי הצמדה למדד:

16.1. כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:

16.1.1. "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.

16.1.2. "המדד היסודי" - המדד האחרון שפורסם ביום כניסת הסכם זה לתוקף.

16.1.3. "המדד הקובע" - משמעו המדד הידוע ביום התשלום בפועל.

16.2. כל תשלומי המבטח וההשתתפות העצמית על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

16.3. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

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

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

18. יועץ ביטוחי רפואי:

חברת הייעוץ פרש קונספט ניהול סיכונים בריאות בע"מ תשמש כיועץ מלווה (להלן: "היועץ"). במסגרת שירותיו, היועץ יעניק ייעוץ שוטף למבטחים בפוליסה כמפורט להלן:

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

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

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

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

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

18.6. החברה המבטחת תישא בעלות שכר הטרחה ליועץ, כולל בגין הליווי השוטף והסיוע לבעל הפוליסה ולמבטחים ביישום הפוליסה, שמירת זכויותיהם וקיום התחייבותיהם.

19. החברה אינה אחראית לשירותים הרפואיים ולתוצאותיהם:

19.1. מובהר ומוסכם בזאת, כי בחירת הרופא המטפל, בית החולים בו יבוצע הניתוח, כל ספק שירות רפואי אחר או כל יתר הטיפולים והשירותים המכוסים בפוליסה זו, נעשים על-ידי המבוטח והחברה איננה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או כל מעשה ו/או מחדל של נותני השירותים הרפואיים כאמור לעיל, ו/או למוצרים ו/או לטיפולים האחרים הניתנים למבוטח בקרות מקרה הביטוח על-ידי כל נותן שירות ו/או מוצר כאמור ו/או ספק השירות הרפואי לרבות ו/או לכל נזק שייגרם על-ידם.

19.2. האמור לעיל חל גם אם הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם ו/או בתיאום על-ידי החברה ו/או על-ידי הפניית המבוטח לנותן השירות.

20. חריגים כלליים:

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

20.1. מקרה הביטוח ארע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח.

20.2. מקרה הביטוח ארע לאחר תום תקופת הביטוח.

20.3. מקרה הביטוח ארע בתקופת האכשרה למעט מקרה ביטוח שארע מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.

20.4. סייג/חריג מצב רפואי קודם:

החברה תהיה פטורה מתשלומי תגמולי ביטוח על-פי פוליסה זו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של "מצב רפואי קודם", ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

מצב רפואי קודם משמעו - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו אצל כל מבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה.

לעניין זה, "אובחנו במבוטח" משמעו - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב-6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח של כל מבוטח.

חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן: לתקופה של שנה אחת מיום תחילת הביטוח - למבוטח, שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח, פחות מ-65 שנים.

לתקופה של חצי שנה מיום תחילת הביטוח למבוטח - למבוטח, שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח 65 שנים או יותר.

על אף האמור לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים. כאשר אין מצוינת התקופה לצד אותו מצב רפואי מסוים, יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

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

רובד בסיס

פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות:

1.1. **"השתלה"** - השתלת איבר או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועה, העונה על אחת החלופות הבאות כמפורט באחד מסעיפים 1.1.1-1.1.3:

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

בנוסף, השתלה על פי סעיף זה, תכלול גם כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של רחם ושחלה והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועה, לאחר הכריתה או ההוצאה **במידה ונדרש** (למעט במקרה של השתלת לב או חלק מאיבר זה), שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם וכן השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל וכן השתלת איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת, לרבות השתלת איברים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל שגודלו במעבדה. מובהר שההדגשה ש"ההוצאה במידה ונדרש", חלה גם על רשימת האיברים אשר ברישא של סעיף זה.

בנוסף, כהשתלה תחשב השתלת תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרית מתורם אחר בגוף המבוטח.

1.1.2. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה (למעט במקרה של השתלת לב או חלק מאיבר זה), שנלקח מבעל חיים, במקומם;

בנוסף, השתלה על פי סעיף זה תכלול גם כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של רחם ושחלה, לאחר הכריתה או ההוצאה במידה ונדרש, שנלקח מבעל חיים, במקומם; **מובהר שההדגשה ש"ההוצאה במידה ונדרש", חלה גם על רשימת האיברים אשר ברישא של סעיף זה.**

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

יובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל חוזרים ייחשבו למקרה ביטוח חדש.

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

1.3. **"טיפול מיוחד מחוץ לישראל"** - טיפול רפואי מחוץ לישראל, לרבות ניתוח (למעט השתלה כהגדרתה לעיל), שרופא מומחה בישראל, בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו

חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיימים בו אחד מהתנאים הבאים:

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

בנוסף: או הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל, כלומר שלא קיימת בישראל התשתית הרפואית ו/או הטכנולוגית הנדרשת לביצוע הטיפול.

1.3.2. הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח, מניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח, או תגרום לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו.

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

בנוסף: או זמן ההמתנה עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה, כלומר זמן ההמתנה אינו תואם את הסטנדרט הבינלאומי הקיים אצל מומחים או מרכזים רפואיים בעולם.

1.3.4. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל.

1.3.5. **בנוסף:** הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל, בהתאם לניסיון המצטבר לפי גודל האוכלוסייה.

1.3.6. **בנוסף:** ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.

1.3.7. **בנוסף:** הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 50%.

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

1.5. **"תקופת אכשרה" -** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לפרק זה בפוליסה והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

פרק זה להשתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל יכלול כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

3.1. להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בפסקה (4.1), שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בפסקה (4.2) וכן פיצוי כאמור בפסקה (4.3);

3.2. להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בפסקה (4.1), שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בפסקה

(4.2) וכן פיצוי כאמור בפסקה (4.3) ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:

3.2.1. להשתלה כהגדרתה בחלופה 1.1.1 - עד 5,000,000 ₪;

3.2.2. להשתלה כהגדרתה בחלופה 1.1.2 - עד 3,000,000 ₪;

3.2.3. להשתלה כהגדרתה בחלופה 1.1.3 - עד 150,000 ₪;

3.3. עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בפסקה 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בפסקה 4.2.2 עד 4.2.11;

בנוסף: ופיצוי כאמור בפסקה 4.3.5, 4.3.6.

3.4. **עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בפסקה 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בפסקה 4.2.2 עד 4.2.11, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,000,000 ₪;**

בנוסף: וכן פיצוי כאמור בפסקה 4.3.5, 4.3.6.

4. התחייבות החברה:

4.1. בקרות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח בגין ההוצאות המפורטות להלן שיפוי מלא בכפוף לסעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:

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

4.1.2. הוצאות אשפוז מחוץ לישראל, **בנוסף:** לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ, או, עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד;

בנוסף: לרבות הוצאות בגין תרופות, וכל הבדיקות והטיפולים הרפואיים שניתנו למבוטח, כולל דיאליזה, שירותי מעבדה, בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה וכן הוצאות בגין שתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, וכן טיפולים משלימים כגון פיזיותרפיה וטיפולים פרא-רפואיים.

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

בנוסף: הוצאות בגין תרופות, וכל הבדיקות והטיפולים הרפואיים שניתנו למבוטח בעת האשפוז, כולל שירותי מעבדה, בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה וכן הוצאות בגין שתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, וכן טיפולים משלימים כגון פיזיותרפיה וטיפולים פרא-רפואיים.

4.1.4. הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין, והוצאות שיבתם לישראל;

בנוסף: נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים - ישופה המבוטח ומלווה אחד בגין כרטיסים במחלקת עסקים (במידה וטס ללא ליווי רפואי מטעם המבוטח). אם המבוטח הוא קטין, ישופה מלווה אחד בגין כרטיס במחלקת עסקים ומלווה שני בגין כרטיס במחלקת תיירים.

4.1.5. הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, **בנוסף:** אל שדה התעופה בישראל ומשדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.

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

- 4.1.7. הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.
- 4.1.8. **בנוסף:** כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי (LVAD).
- 4.2. להוצאות המפורטות להן שיפוי בהתאם לתקרות הסכומים המופיעות לצידן, בכפוף לסעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:
- 4.2.1. הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל - עד 300,000 ₪.
- 4.2.2. **בנוסף:** הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל, לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שהמבוטח הוא קטין, למבוטח ולשני מלווים ועד תקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה.
- 4.2.2. הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים - עד 200,000 ₪;
- בנוסף:** אם המבוטח הוא קטין, יינתן כיסוי לשני מלווים, לרבות הוצאות שהייה, עד תקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה ובכל מקרה לא יותר מהתקרה של פרק זה. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים, ישופה המבוטח ומלווה אחד. ובמקרה של קטין לשני מלווים, עד תקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה ובכל מקרה לא יותר מהתקרה של פרק זה.
- 4.2.3. הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל אשר קשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה - עד 250,000 ₪.
- 4.2.4. הוצאות הסטה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪.
- בנוסף:** כולל ליווי ע"י רופא או פרמדיק וציוד רפואי נדרש ע"פ צורך רפואי שיקבע על ידי רופא מומחה. על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההסטה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא;
- 4.2.5. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל - עד 2,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 3,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים;
- 4.2.6. הוצאות לטיפול המשיך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל - עד 250,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע ההשתלה, ועד 150,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל;
- בנוסף:** ההוצאות לטיפול המשיך כאמור כוללים מעקב, ביקורת ובדיקות שנעשות בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, לרבות טיפול תרופתי, ועד תקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה וכן הוצאות טיסה ושהייה למבוטח ומלווה אחד ובמקרה של קטין שני מלווים, אך לא יותר מהתקרה של פרק זה.
- 4.2.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 400,000 ₪.
- בנוסף:** כיסוי זה כולל החזר בגין ייעוץ עם המומחה, אחד לפני ואחד אחרי ביצוע ההשתלה או הטיפול.
- 4.2.8. **בנוסף:** תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית (הווה אומר, הכרחית ונדרשת באופן מהותי) לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת הסכום של 150,000 ₪.

- 4.2.9. **בנוסף:** שיפוי בגין חוות דעת רפואית מורחבת - המבטח ישלם עבור חוות דעת רפואית מורחבת הקשורה לכל בעיה רפואית לרבות ולא רק השתלה ישירות לנותן השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות בעבור ביצוע מחקר רפואי אישי ממאגרי מידע דיגיטליים בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבטח, הכולל תקציר כתוב בשפה העברית המסכם את תוצאות החיפוש תחום ע"י רופא ו/או מידען רפואי. גובה השיפוי לא יעלה על ההוצאות הממשיות שהוציא המבטח עבור חוות הדעת ו/או המחקר הרפואי האישי ולא יותר מ-6,500₪, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 4.2.10. **בנוסף:** כיסוי להוצאות רפואיות במקרה של השתלה או טיפול מיוחד - חלה המבטח השוהה בחו"ל לפני או אחרי ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ונזקק לטיפול רפואי קונבנציונלי כל שהוא, שאינו מהווה את מקרה הביטוח כהגדרתו בפרק זה (להלן: "מחלה גלולית") יכסה המבטח את עלות הטיפול הרפואי הנדרש לטיפול במחלה הגלולית ועד לסכום ביטוח של 20,000₪, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20%.
- 4.2.11. **בנוסף:** החזר הוצאות גלולות לטיפול ניסיוני בחו"ל: נדרש המבטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתן כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ושתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הגלולות שלא מכוסות על ידי מבצע הניסוי עד ל-100,000₪ כדלקמן:
- 4.2.11.1. עלות איתור המקום/המוסד הרפואי בו מבוצע הניסוי ועלויות גלולות, עלות התרופות והבדיקות הרפואיות הנדרשות לביצוע הניסוי וכן עלויות האשפוז ככל שהדבר נדרש, ואשר לא מכוסות על ידי הגורם המממן.
- 4.2.11.2. הוצאות טיסה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבטח ומלווה אחד, במקרה והמבטח קטין-שני מלווים. נדרש המבטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בהתאם.
- 4.2.11.3. הוצאות הטיסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה למקום ביצוע הניסוי/בית החולים בחו"ל, אם היה המבטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה.
- 4.2.11.4. תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע הטיפול הניסיוני.
- 4.2.11.5. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבטח ולמלווה אחד, במקרה והמבטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום.
- 4.3. להוצאות המפורטות להלן - פיצוי לפי סכומים המופיעים לצידן, ובכפוף לסעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:
- 4.3.1. קצבה חודשית למועמד להשתלה, אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו - 7,500₪; לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 3,750₪ לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-12 חודשים; לעניין זה, "מועמד להשתלה" - מבטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה;
- 4.3.2. גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, כולל השתלה שבוצעה בישראל, למעט השתלת מח עצם עצמית - 7,500₪ למשך תקופה של 24 חודשים.

- 4.3.3. **בנוסף:** גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלת מח עצם עצמית - 4,000 ₪ למשך 3 חודשים.
- 4.3.4. **בנוסף:** גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל - 3,000 ₪ למשך תקופה של 12 חודשים.
- 4.3.5. תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה:
- השתלה שבוצעה מחוץ לישראל לפי תנאי חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, בלא השתתפות המבטח - פיצוי חד-פעמי בסך 350,000 ₪.
- 4.3.6. **בנוסף:** תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:
- מבטח אשר נזקק לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטח על פי פרק זה טרם ביצעו ההשתלה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה, או אם אין בידי המבטח אישור ממרכז ההשתלות, אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. לחילופין, המבטח יהיה רשאי להמיר את סכום הפיצוי בתשלומים עבור טיפול להמודיאליזה ביתית. המבטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי או התשלומים בגין טיפולי ההמודיאליזה הביתית כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת כל פיצוי על פי פרק זה.
5. **תקופת האכשרה**
- תקופת האכשרה לכיסוי השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל תהיה 90 יום, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
6. **חריגים**
- פרק השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל זה מחריג מכיסוי את המקרים האלה:
- 6.1. מקרה ביטוח שאירע למבטח לפני הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
 - 6.2. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות בעלת אופי צבאי, רק אם זכאי המבטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.
 - 6.3. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
 - 6.4. מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
 - 6.5. השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל המחייבים 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;
 - 6.6. השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה;
 - 6.7. טיפולי רפואה משלימה, בנוסף: למעט היכן שאושר אחרת;

- 6.8. טיפולים נפשיים, בנוסף: למעט היכן שאושר אחרת;
לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל:
- 6.9. טיפול מיוחד מסיבה של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה;
- 6.10. טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות

1. הגדרות:

- 1.1. **"בדיקה גנטית"** - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל הבריאות;
- בנוסף:** יכוסו גם בדיקות מעבדה, לרבות גנטיות, לרבות בדיקות הנעשות בכל שיטה מעבדתית, בין אם קיימת ובין אם תהיה ידועה בעתיד, על רקמה ביולוגית ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתן סיוע בקבלת החלטה על טיפול למחלה או הישנות מחלה, לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ (להלן: "הבדיקה") ובלבד שהבדיקה כאמור בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. ככל שדו"ח הבדיקה ימליץ על תרופה, אחת או יותר, לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאמור כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה בהתאם לתנאי פרק זה, בין אם היא רשומה להתוויה ובין אם לאו, והכל בהתאם למרשם הרופא.
- 1.2. **"טיפול תרופתי"** - נטילת תרופה לפי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך.
- 1.3. **"מדינות מוכרות"** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA);
- 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 שנותנות קופות החולים לחבריהן, לפי חוק 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 וביחיות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה;
- 1.7. **"תקופת אכשרה"** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, ובה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח;
- 1.8. **"תרופה"** - חומר כימי ו/או ביולוגי, שנועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) ו/או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה, בנוסף: וכן להקלה על סימפטומים רפואיים ו/או מניעת כאב;
- 1.9. **"תרופת יתום"** - תרופה לטיפול במחלה נדירה; ובנוסף: או תרופה אשר אושרה לשימוש והוכרה כתרופה יתומה (Orphan Drug). באחת המדינות המוכרות.
- 1.10. **"תרופה מיוחדת"** - תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה זו, מכוח **תקנה 29(א)(3) בנוסף: 29(א)(1), 29(א)(4) ו/או 29(א)(10) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.**

- 1.11. "תרופה ניסיונית" - תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתיקיים לגביה אחד מהבאים:
- 1.11.1. תרופה ו/או טיפול שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כלשהו והמחייב/ת אישור של וועדת הלסינקי;
- 1.11.2. תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני, אלא אם מכוסת בפרק זה.
- 1.12. "תרופה Off Label" - תרופה שהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שאחד מהמפורטים להלן הכיר ביעילות התרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח:
- (1) פרסומי ה-FDA;
 - (2) American Hospital Formulary Service Drug Information;
 - (3) US Pharmacopoeia - Drug Information;
 - (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים האלה במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
1. עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa;
 2. חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B;
 3. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa;
- (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמפרסם על ידי אחד מהבאים:
1. NCCN;
 2. ASCO;
 3. NICE;
 4. Esmo Minimal Recommendation.

2. מקרה הביטוח

- מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים המפורטים:
- 2.1. מצבו הרפואי של המבוטח המחייב 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 שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;
 - 2.1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;
 - 2.1.3. תרופה OFF LABEL;
 - 2.1.4. תרופת יתום שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ושהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום, וכן תרופה המפותחת לאדם מסוים, לפי קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם;
 - 2.1.5. תרופה מיוחדת.
- 2.2. מצבו הרפואי של המבוטח מצריך, לפי המלצת רופא מומחה המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת המבוטח.

3. הכיסוי הביטוחי

פרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי שיתחדש אחת לשנתיים, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:

- 3.1. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪.
- 3.2. בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪.
- 3.3. בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-60,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
- 3.4. סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1, אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות עבור שירות רפואי או טיפול רפואי - עד 500 ₪ ליום ועד 60 ימים.
- תקרות הסכומים המפורטות בסעיפים 3.1-3.4 לעיל יתחדשו אחת לכל תקופה של שנתיים, שתחילתה במועד תאריך תחילת הביטוח של הפוליסה לכלל המבוטחים.
- 3.5. **בנוסף:** מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי, אך לאחר תחילת הביטוח ובמהלך תקופת הביטוח חל שינוי במצבו הרפואי ובשל כך הוא נדרש לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.
- 3.6. **בנוסף:** מקרה ביטוח בו מבוטח נזקק לתרופה אשר נטל טרם הצטרפותו לביטוח, אך בגין מצב רפואי השונה מהמצב הרפואי החדש, לא יחשב כמצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה.
- 3.7. **בנוסף:** דחתה חברת הביטוח את תביעת המבוטח לתשלום תגמולי הביטוח עבור תרופה בטענה שהמקרה אינו עומד בהגדרות לזכאות על פי פרק זה, יהיה רשאי המבוטח לפנות לרופא/פרמקולוג/ביולוג ולקבל ממנו יעוץ בכתב אשר יבדוק את טענות הדחייה של המבטח. המבטח ישפה את המבוטח כנגד ייעוץ זה בעלות של עד 1,800 ₪ בתוספת מע"מ למקרה ביטוח.
- 3.8. **בנוסף:** במקרה וקיבל המבוטח את התרופה המכוסה על פי פרק זה מהשב"ן ושילם במסגרתה השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית על פי פרק זה.

4. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה לכיסוי תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

5. חריגים

המבטח לא יהא חייב בתשלום תגמולי הביטוח במקרים הבאים:

- 5.1. מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 5.2. טיפול תרופתי שניתן מסיבות של סיבוכי היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה;
- 5.3. תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים, למעט כאשר מדובר בחולה אונקולוגי;
- 5.4. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות בעלת אופי צבאי, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

- 5.5. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 5.6. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 5.7. תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה;
- 5.8. תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה;
- 5.9. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging;
- בנוסף: למעט אם ניתן כחלק מתוכנית הטיפול התרופתי לחולה אונקולוגי.
- 5.10. טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (אייДС), למעט עבור מבוסחים שהינם נשאים או חולים;
- 5.11. תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או דום נשימה בשינה עם לפחות 30 הפסקות נשימה בשעה, או כבד שומני בדרגה 2F ומעלה בבדיקת פיברוסקן. (AASLD - American Association for the Study of Liver Diseases) כ-F2 או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40; שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה, למעט היכן שנקבע אחרת בפוליסה.
- 5.12. מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל, אלא אם תוכנית הטיפול והמרשמים ניתנו ע"י רופא בישראל.

6. השתתפות עצמית

- 6.1. סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 עד 2.1.5 - 300 ₪ לתרופה, לאותו חודש ולא יותר מ-500 ₪ בגין מספר תרופות בחודש. **בנוסף:** למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.
- 6.2. על אף האמור בסעיף 6.1, לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪.
- בנוסף:** ו/או עבור תרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן.

פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הגדרות

- 1.1. **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין שבוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח אם בוצעה לאחריו;
- 1.2. **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כחליף לביצוע ניתוח, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שהוא מחליף;
- 1.3. **ניתוח** - פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות. בנוסף: או הצטברות או סתימה או היצרות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, ראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
- בנוסף:** במסגרת זו יראו כניתוח פעולה פולשנית המתבצעת באמצעות גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה, לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמו כן, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח). למען הסר ספק, מובהר כי ההדמיה המגנטית, תכוסה ע"י המבוטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח. כמו כן, יכוסה ניתוח באמצעות צנתור, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקה לעמוד השדרה, הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האווריר בריאות, טיפול היפרטרמיה, ואבחון באמצעות מצלמה תוך גופית. כן יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת התחודה מגנטית גרעינית וניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פרק זה, גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד.
- 1.4. **ניתוח מורכב** - ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות;
- 1.5. **רופא מומחה** - רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול, לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;
- 1.6. **רופא מומחה בישראל** - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי **תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973**, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי **תקנה 34 לתקנות האמורות**.
- 1.7. **שתל** - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
- בנוסף:** כשתל יחשב גם, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, תומך לב (LVAD), דפברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסרטקס), פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל).
- 1.8. **תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל; לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף, שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל.

3. הכיסוי ביטוחי

3.1. בקרות מקרה הביטוח יכלול פרק זה כיסוי ביטוחי לפי המפורט להלן:

3.1.1. לניתוח מחוץ לישראל ו/או תחליף ניתוח בחו"ל שבוצע אצל נותן שירות

שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בפסקה (4.1) שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בפסקה (4.2) ופיצוי כאמור בפסקה (4.3).

3.1.2. לניתוח מחוץ לישראל ו/או תחליף ניתוח בחו"ל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח

- כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בפסקה (4) שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בפסקה (5) ופיצוי כאמור בפסקה (6) ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל. בנוסף: או 350,000 ש"ח, הגבוה מביניהם.

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

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

4. תגמולי הביטוח

4.1. בקרות מקרה הביטוח עלותן של ההוצאות הבאות תכוסה במלואה, בכפוף

להוראות סעיפים קטנים 3.1.1 ו-3.1.2:

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

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

בנוסף: לרבות שהות בטיפול נמרץ, בדיקות מעבדה והדמיה וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

4.1.3. עלות הטסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח.

בנוסף: או הטיפול מחליף הניתוח;

4.1.4. הוצאות טיסה עבור ניתוח מורכב - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; במקרה שהמבוטח קטין - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים;

בנוסף: נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים - ישופה המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין, בגובה ההוצאה בפועל.

4.1.5. הוצאות נסיעה יבשתיות בשל ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים בישראל ומחוץ לישראל וחזרה;

4.2. בקורות מקרה הביטוח עלותן של ההוצאות הבאות תכוסה עד לגובה הכיסוי המפורט לצידן, בכפוף לסעיפים קטנים 3.1.1 ו-3.1.2:

4.2.1. הוצאות שתי התייעצויות בקשר לניתוח.

בנוסף: או טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה בישראל - עד 1,200 ₪ לכל התייעצות.

4.2.2. הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח.

בנוסף: או טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 10,000 ₪. הכיסוי כולל ביקורת אחת וטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; ובמקרה שהמבוטח קטין - כיסוי לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים וכן כיסוי לשהייה של המבוטח ושל מלווה אחד עד סך של 10,000 ₪. ובמקרה של מבוטח קטין - שני מלווים ועד 15,000 ₪;

4.2.3. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪; אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא;

4.2.4. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ₪.

4.2.5. הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך ניתוח - עד 60,000 ₪;

4.2.6. הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:

4.2.6.1. עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ועד 650 ₪ ליום;

4.2.6.2. הוצאות שהיה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שהמבוטח הוא קטין - עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 ימים;

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

4.2.6.4. הוצאות למוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 6 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלוונטי החליט על הצורך בהחלמה - עד 600 ₪ לכל יום.

4.2.6.5. הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 יום מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000 ₪;

4.2.6.6. הכיסוי כולל ביקורת אחת וטיסות במחלקת תיירים למבטוח ולמלווה; ובמקרה שהמבטוח קטין - כיסוי לטיסות במחלקת תיירים למבטוח ולשני מלווים וכן כיסוי לשהייה של המבטוח ושל מלווה אחד עד סך של 10,000 ₪. ובמקרה של מבטוח קטין - שני מלווים ועד 15,000 ₪;

4.3. בקרות מקרה הביטוח יקבל המבטוח פיצוי בגובה המפורט בכיסוי, בכפוף לסעיפים קטנים 3.1.1 ו-3.1.2:

4.3.1. נפטר המבטוח.

בנוסף: במהלך הניתוח, או בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח, תשלם החברה למוטב, שאותו קבע המבטוח, או אם לא נקבע מוטב, ליורשיו החוקיים של המבטוח, פיצוי בגובה 150,000 ₪;

5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

6. חריגים

המבטוח לא יהא חייב בתשלום תגמולי הביטוח במקרים הבאים:

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

6.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים, בנוסף: למעט כאשר מדובר בחולה אונקולוגי;

6.3. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי, רק אם זכאי המבטוח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטוח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

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

6.5. מקרה ביטוח שארע למבטוח השווה רוב ימות השנה (183 יום) מחוץ למדינת ישראל;

6.6. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;

6.7. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון, והפלה, בנוסף: אם הפלה נדרשת מסיבה רפואית.

6.8. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיות, קוסמטיות או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:

6.8.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

6.8.2. ניתוח בריאטרי למבטוח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או עם התוספת מבטוח עם יחס BMI גבוה מ-40.

6.8.3. ובנוסף: ניתוח להרמת עפעפיים, במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבטוח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר מסיבה רפואית, ניתוח לרבות טיפול או הזרקות, כמו כן ניתוח

לתיקון חייך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה, שלא עקב בעיית פריון וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רביה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי.

6.9. טיפולי רפואה משלימה;

6.10. טיפולים נפשיים;

6.11. השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל;

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

6.13. בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקות ופעולות הדמיה כגון MRI ו-CT, אם הן אינן חלק ממהלך הניתוח או מהטיפול מחליף הניתוח.

פרק ד': כיסוי לניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

1. הגדרות

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

1.1. בית חולים פרטי:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי תכנית זו, תחול ההגדרה שלהלן:

אחד מאלה:

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

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

1.2. התייעצות:

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

1.3. טיפול מחליף ניתוח:

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

1.4. מרפאה כירורגית פרטית:

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

1.5. ניתוח:

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

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

1.6. קופת חולים:

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

1.7. רופא מומחה:

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

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

1.8. שתל:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, **למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי**.

1.9. תקופת אכשרה:

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

2. מקרה הביטוח

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

3. תגמולי ביטוח

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

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

בקרת מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

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

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

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

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

הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 3.2 זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב".

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

4. הכיסוי הביטוחי

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

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

4.2. **שכר מנתח;**

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

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

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3, 4.2 ו-4.3 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי נותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

5. זכאות לברות ביטוח

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

6. חריגים

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

- 6.1 מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 6.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 6.3.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.5 השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
- 6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 6.10 מקרה ביטוח שאין לחברה לגביו הסדר ניתוח, עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי למעט כאמור בסעיף 3.1.2 לעיל.

7. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

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

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

8. התחייבות המבוטח

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

9. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

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

10. תקופת אכשרה

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

פרק ה': כיסויים אמבולטוריים

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **"בדיקות אבחנתיות"** - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב), בארץ או בחו"ל (למעט בדיקות מעבדה הנכללות בסל ההיריון כמפורט להלן), כולל בדיקות רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, כולל אולטרסאונד (U.S.), למעט בדיקת אולטרה סאונד בהריון שמכוסה תחת סל ההיריון כמפורט להלן, לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה Capsule Wireless Endoscopy, (P.E.T), תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. אבחון דידקטי או פסיכו דידקטי בילדים או מבוגרים לא יכוסו במסגרת סעיף בדיקות אבחנתיות. במקרה שבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי המבוצע בחו"ל עד התקרה בסעיף זה.
- 1.2. **"ניתוח גדול"** - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 1.3. **"בדיקות ושירותים להריון"**
 - 1.3.1. בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.3.2. בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.3.3. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.4. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.5. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה או דומה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסיליה לרבות, צ'יפ גנטי.
 - 1.3.6. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
 - 1.3.7. בדיקת אקו לב של העובר.
 - 1.3.8. בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר, כגון NIPT לסוגיה.
 - 1.3.9. כל בדיקה אחרת הנדרשת למבוטחת במהלך ההריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.
- 1.4. **"בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני, אחרי ו/או במהלך הריון"** - סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
- 1.5. **"מוסד החלמה"**: מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי ומוכר ע"י משרד הבריאות. למען הסר ספק מוסד החלמה אינו בית מלון או בית הבראה.
- 1.6. **"פיזיותרפיה/הידרותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ו/או הידרותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.
- 1.7. **מובהר שטיפולים ו/או אבחונים ו/או ייעוצים ו/או בדיקות הקשורים בטיפול שיניים או חניכיים, מוחרגים מפרק זה.**

2. מקרה הביטוח:

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, הנובע מבעיה רפואית פעילה, אשר יינתנו למבוטח שלא בעת אשפוז, אלא כשירות ו/או בדיקה ו/או טיפול בישראל ו/או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח, בין אם כשירות בזכות עצמו ובין כשירות נלווה לאחד מפרקי הפוליסה ובין אם באשפוז יום. המבוטח ישפה את המבוטח עד לתקרת הסכום כמפורט להלן. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת פרק זה, לא יכוסה במסגרת פרק אחר או סעיף אחר בפרק זה ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.

3. השירותים והתחייבות המבוטח:

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

- 3.1 **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבוטח ישפה את המבוטח בגין שלוש (3) התייעצויות אצל רופא מומחה בשנת ביטוח, בגין התשלום המלא או החלקי ששולם עבור התייעצות, ועד לתקרת החזר בסך 1,000 ₪ להתייעצות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות. התייעצות תכלול גם התייעצות אצל גנטיקאי, פרמקולוג ופסיכיאטר, וכן רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון וכן התייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי.
- 3.2 **חוות דעת שניה לבדיקת חלופות טיפוליות בארץ או בחו"ל:** המבוטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח בעבור חוות דעת לבדיקת חלופות טיפוליות, בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, חלופות טיפוליות בארץ או בחו"ל, או קביעת אבחנה רפואית, או דרך טיפול בבעיה, או בדיקת ממצאים רפואיים, או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מ-2,500 ₪ כפוף לה"ע 20%. במקרים בהם חוות הדעת ניתנת לחולים אונקולוגיים בשלב מתקדם (Stage 4), יעמוד סכום השיפוי על 7,500 ₪. המבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת בחו"ל על ידי רופא מומחה בתחום, ישפה המבוטח את המבוטח בגין הוצאות טיסה והשהייה ועד 4,500 ₪.
- 3.3 **בדיקות אבחנתיות:** המבוטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות ביצוע בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1. סכום הביטוח המרבי לשנת ביטוח, יעמוד על 14,000 ₪ לכל הבדיקות ועד 5,000 ₪ לבדיקה, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב, המפרטת את הבעיה הרפואית. מובהר כי במידה ותידרש הרדמת המבוטח לצורך ביצוע הבדיקה תכוסה גם עלות ההרדמה כחלק מתקרת הכיסוי הכוללת על פי סעיף זה.
- 3.4 **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבוטח ישפה את המבוטח, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח שהינו עד 4,500 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.
- 3.5 **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:** המבוטח ישפה את המבוטח עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה עד סכום מרבי של 3,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.6 **בדיקות פתולוגיות, ציטולוגיות ו/או גנטיות:** בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה או מחלה חוזרת לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע

בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או המינון ו/או שינוי בטיפול, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש. בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או על רקע של מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה מחלה המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מהסכום של 20,000₪ בתקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.7 **חדר מלח ופוטורופי:** המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, ו/או טיפול פוטורופי במקרה של פסוריאזיס או מחלות עור אחרות, בכפוף להפניית רופא מומחה ועד 12 טיפולים בשנה ועד סכום של 120₪ לטיפול כפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20%.

3.8 **טיפול פיזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולי פיזיותרפיה ו/או טיפול ההידרותרפיה במים מתוקים או מלוחים עד 200₪ לטיפול ולא יותר מ-10 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% והמלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי בגינו נדרש הטיפול לרבות היקף הטיפול הנדרש. יודגש שלא יכוסו שיעורי שחיה במסגרת סעיף זה.

3.9 **טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול באמצעות אוזון, מאקרופגים או כל שיטה אחרת הנדרשת לטיפול בפצעים פתוחים ו/או מזהמים לרבות פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת ולא יותר מהסכום של 5,000₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.10 **משדר קרדילוגי:** המבטח ישתתף בהוצאות למשדר קרדילוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, ועד לסך כולל של 3,600₪.

3.11 **אביזרים רפואיים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות עבור אביזר רפואי, כולל במהלך אשפוז: מחוך מותאם אישית לטיפול בעקמת למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד כגון Ararscol, Nevrogar Agrelief. מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מגביר קול לפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה לשד חיצונית/פנימית לרבות חזיה רפואית לאחר כריתת שד. קסדת קרח, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות. עדשות בהם מתקיימת אינדיקציה רפואית כמפורט להלן: עדשות מושתלות מסוג פאקית מונופוקלית, מולטיפוקלית, טורית ואדפטיבית ועדשות מגע במקרים הרפואיים שלהלן של קרטוקונוס או קוצר ראייה גבוה מעל 7 דיופטרים או קוצר ראייה לא גבוה בשילוב קרניות דקות פחות מ-500 מיקרון או צילינדר (אסטיגמטיזם) מעל 2.5 דיופטרים, או מצב לאחר השתלת קרנית או היפראופיה מעל 5 דיופטרים. שתל קוכליארי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולים, כולל חולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות ו/או חולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל, משאבת אינסולין, חגורת בקע, והכל ע"פ המלצת רופא מומחה בתחום. ההחזר הינו עד הסכום 5,000₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.12 **טיפול בתא לחץ:** המבטח ישפה את המבוטח בעבור עלות הטיפול בתא לחץ, עד סכום מרבי של 10,000₪ לתקופת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20%. המבוטח יהיה זכאי לקבלת הטיפול במקרה בו מצבו הרפואי יחייב טיפול בתא לחץ על פי המלצת רופא מומחה על רקע של מפגיעה

מוחית, סוכרת, זיהומים, בצקות, נזקי רעלנים, חסימת עורק הרשתית, נמק, ראייה שניזוקה מפגיעה תוך עינית או שמיעה שניזוקה באופן פתאומי ובכפוף לכך שהטיפול בתא לחץ אינו טיפול ניסיוני. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.13. **טיפולים והזרקות למפרקים כגון: ארטרוסקי, חומצה היאלורונית, סטרואידים, הזרקות PRP וטיפול בגלי הלם או גלים מגנטיים:** המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכוך למפרקים ו/או סטרואידים וחומרי הרדמה מקומית לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.14. **הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיימים) עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.15. **בדיקות ראייה באשפוז:** המבטח ישפה את המבוטח בגין בדיקת ראייה שבוצעה במהלך אשפוז או בביתו של המבוטח לאחר תאונה או מחלה שבגינה המבוטח מאושפז או מרותק לביתו. המבטח ישפה את המבוטח, עד סכום שיפוי מרבי עד 200 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.16. **בדיקות, שירותים וטיפולים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח/ת תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל שנעשו ע"י המבוטחת ועד 4,000 ₪ להריון ובגין ייעוץ ו/או בדיקות לסיקור גנטי, כולל המוגדר בסעיף 1.4 שנעשו ע"י המבוטחת ועד 3,000 ₪ להריון. **בהריון מרובה עוברים התקרות תהיינה 175% מהתקרות הנקובות לעיל.**

3.17. **רפואה מונעת מגיל 50 ואילך:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח בעבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, עד 350 ₪ אחת לשנתיים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.18. **קנאביס רפואי:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בקנאביס רפואי בסך של 500 ₪ לחודש ועד סכום ביטוח מרבי של 10,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המחירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק. תשלום לרופא מורשה להנפקת מרשם לשימוש בקנאביס כנגד קבלה יאושר במסגרת הכסוי להתייעצות עם רופא מומחה כאמור בפרק זה.

4. תקופת אכשרה

90 יום, למעט התפתחות הילד והריון ולידה, לגביהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום.

רובד הרחבה

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

כיסוי זה יחול במקום הכיסוי לניתוחים כמפורט בפרק ד' על מבוטח שיבחר זאת.

1. הגדרות

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

1.1. בית חולים פרטי:

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

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

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

1.2. התייעצות:

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

1.3. טיפול מחליף ניתוח:

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

1.4. מרפאה כירורגית פרטית:

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

1.5. ניתוח:

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

1.6. קופת חולים:

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

1.7. רופא מומחה:

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

1.8. שתל:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.9. הסדר ניתוח:

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

1.10. הסדר התייעצות:

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

1.11. תקופת אכשרה:

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

2. מקרה הביטוח

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

3. הכיסוי הביטוחי

בקורת מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מקרים אלה:

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

3.2. שכר מנתח;

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

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

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

4. חריגים

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

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

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

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

4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

4.3.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

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

4.5. השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.

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

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

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

4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגבי הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

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

לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית

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

6. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

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

7. תקופת אכשרה

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

פרטי התקשרות

לשירותכם עומד אגף הבריאות
בקבוצת מדנס בכל שאלה, בעיה או תביעה

☎ 03-6380335

שלוחה 1 - מוקד שירות ותביעות למבוטחים קיימים

שלוחה 2 - מוקד הצטרפות

מייל ייעודי זמין 24/7, המענה יינתן תוך יום עסקים
אחד בלבד:

✉ runi@madan.es.com

📞 וואטסאפ 052-8259424

מנהלי התיק העומדים לרשותכם - יגיעו בימי רביעי
בין השעות 10:00-13:00 לבניין משאבי אנוש:

רומי כהן

☎ 073-2128381

✉ romic@madan.es.com

ישראל נאווי

☎ 073-2128238

✉ inau1@madan.es.com

📍 רח' השלושה 2, ת"א 67060

למקרים דחופים לאחר שעות הפעילות השיחות יועברו
אוטומטית למוקד שירות של חברת הראל.

מוקד שירות לקוחות הראל

☎ 1-800-44-5000

📍 אבא הלל 3, בית הראל,

ת"ד 10951, רמת גן 5252202

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

אתר הראל:

🖱 www.harel-group.co.il