

ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי לעמיתי קרנות הסוהרים
ובני משפחותיהם

הראל
ביטוח ופיננסים

Luttinger
מומחים בבריאות אנשים

קרנות הסוהרים
שלך ומשמעותך

ינואר 2021

הנדון: חידוש ביטוח בריאות קבוצתי לעמיתי קרנות הסוהרים

עמית יקר!

ביטוח הבריאות הקבוצתי לעמיתי קרנות הסוהרים חודש, עם חברת הביטוח הראל, ולפניך פוליסה עדכנית ומקיפה, שתעניק לך ולמשפחתך מענה מקיף בתחום הבריאות.

הביטוח החדש והמעודכן הותאם להתפתחות המהירה של הרפואה והטכנולוגיה בעולם ומכיל את השינויים שחלו בשנים האחרונות במערכת הבריאות בישראל.

הסדר הביטוח הקבוצתי במתכונתו החדשה הותאם לצרכים הביטוחים והכלכליים תוך שמירה על ערך הערבות ההדדית שהינה נר לרגלינו.

פוליסת הביטוח הינה מהטובות הקיימות במסגרת הביטוח הקולקטיבי, הוכנסו בה שיפורים משמעותיים בדגש על שירותי אבחון מהיר, טיפולים פסיכולוגים, רופא אונליין - התייעצות עם רופא משפחה ורופא ילדים ברפואה ראשונית ועם מגוון רופאים מומחים, טיפולי פיזיותרפיה ושיקום, בדיקות הריון הפריה ופריון, אבחון וטיפולים בהתפתחות הילד, הרחבת כיסוי לאבזרים רפואיים, טיפול במרפאת כאב, טיפול בתא לחץ, זאת בנוסף לניתוחים וטיפולים רפואיים בארץ ובהתאם לצורך גם בחו"ל, תשלום עבור תרופות שאינן בסל הבריאות ועוד, כמפורט בפוליסה.

בוצעה רפורמה משמעותית בתשלומי הפרמייה על פי קבוצת גיל כאשר הפרמיה תשתנה בהתאם לגילו של המבוטח.

עמיתים יקרים!

לאור הניסיון החיובי שהצטבר, והצורך של העמיתים ובני משפחותיהם במימוש זכויותיהם לקבלת סיוע במסגרת הפוליסה, אנו ממליצים לכם לבחון ולשקול בחיוב הצטרפות לביטוח, שיקנה מענה מקצועי, מהיר ואמין בתחום הבריאותי, לכם ולבני ביתכם.

בברכת בריאות איתנה

עו"ד חיים שמולביץ, תג"ד (גימ')
נשיא קרנות הסוהרים

עו"ד אבי וקנין, גונדר (גימ')
מנכ"ל קרנות הסוהרים

תוכן עניינים

גילוי נאות **4**

פוליסה לביטוח בריאות לחברי קרנות הסוהרים ובני משפחותיהם **23**

פרק א': הגדרות כלליות 23

פרק ב': חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים 28

פרק ג': תנאים כלליים 30

פרק ד': השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל 45

פרק ה': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל 52

פרק ו': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות 56

פרק ז': שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעקבות גילוי מחלה קשה 60

פרק ח': ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל 64

פרק ח'(1)': ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - במסלול משלים שב"ן 67

פרק ט': שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל 71

פרק י': מרפאת מומחים ובדיקות אבחון 73

פרק יא': הוצאות רפואיות נוספות 77

סטודיו**הראל** 19588.3 גרסה 007 01/2021

גילוי נאות

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

תמצית תנאי הביטוח – ביטוח בריאות קבוצתי לחברי קרנות הסוהרים ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	פוליסה לביטוח בריאות לחברי קרנות הסוהרים ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	**פרק ד':** השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל **פרק ה':** ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל **פרק ו':** תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות **פרק ז':** שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעקבות גילוי מחלה קשה **פרק ח':** ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל **פרק ח'(1):** ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח - במסלול משלים שב"ן* - **פרק זה יחול במקום פרק ח', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי משלים לניתוחים.** **פרק ט':** שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל **פרק י':** מרפאת מומחים ובדיקות אבחון **פרק י"א:** הוצאות רפואיות נוספות *שב"ן - שירותי בריאות נוספים
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.1.2021 ועד ליום 31.12.2025.

תמצית פרטי הפוליסה	
תיאור הביטוח	**השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל** כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל על פי תנאי הפוליסה. **ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל** כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן. **תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות** כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כמו כן, ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה. **שיפוי הוצאות רפואיות בעקבות גילוי מחלה קשה** שיפוי במקרה של גילוי מחלה קשה עבור הוצאות רפואיות מיוחדות, כגון טיפול או שירות רפואי, מניעת הישנות המחלה שניתנו למבוטח בישראל או בחו"ל. **ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל** 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. **ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח במסלול משלים שב"ן** מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. **שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח** שירות רפואי או שיקומי שניתן למבוטח בישראל לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל במהלך תקופת הביטוח בישראל, כגון: שכר אחות פרטית בבית חולים, שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי ועוד. **מרפאת מומחים ובדיקות אבחון** ביצוע ייעוץ רפואי או בדיקה רפואית אבחנתית במהלך תקופת הביטוח. **הוצאות רפואיות נוספות** השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, כגון אביזרים רפואיים, מנוי למשדר קרדיולוגי, שיקום דיבור וראיה שלא לאחר ניתוח, בדיקות לנשים בהריון ועוד.

תמצית פרטי הפוליסה	
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כלליים לפוליסה - פרק ב'. פרק ד' השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל - סעיף 5 פרק ה' ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 5 פרק ו' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סעיף 7 פרק ח' ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 5. פרק ח'1 כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - סעיף 6. פרק י' מרפאת מומחים ובדיקות אבחון - סעיף 3.2.3, סעיף 6. פרק י"א הוצאות רפואיות נוספות - סעיפים 3.1.1.1 - 3.1.1.5, סעיף 3.3.4, סעיף 3.4.8, סעיף 3.5.3.3, סעיף 3.7.3, סעיף 3.8.3, סעיף 3.9.2. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.
גובה הפיצוי הכספי שאקבל	**בפרק ד' השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל,** סעיף 3.1.2 פיצוי בגובה 350,000₪ במקרה של מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית). סעיף 3.6, פיצוי בגובה 10,000₪ עבור טיפול מיוחד בחו"ל. **בפרק ה' ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל,** סעיף 3.7, פיצוי חד פעמי בגובה 200,000₪ בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח במהלך 7 הימים מהיום שבו בוצע הניתוח.
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)[1]	**פרק ח' ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל,** תקופת אכשרה של 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה 12 חודשים בלבד. **פרק ח' 1 כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן),** תקופת אכשרה של 90 ימים לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. לגבי הריון או לידה תהיה תקופת אכשרה 12 חודשים. **פרק י' מרפאת מומחים ובדיקת אבחון,** תקופת אכשרה של 6 חודשים. **פרק י"א הוצאות רפואיות נוספות,** תקופת אכשרה של 6 חודשים לאביזרים רפואיים, למנוי למשדר קרדיולוגי, שיקומית (טיפולי שיקום שלא לאחר ניתוח), לייעוץ/ טיפול פסיכולוגי/ פסיכיאטר/ עובד סוציאלי, לרפואה משלימה וייעוץ דיאטטי ולטיפול לריפוי או הקלה בכאב,. תקופת אכשרה של 9 חודשים לבדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות. תקופת אכשרה של 12 חודשים לכיסוי מיוחד לילדים.

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

תמצית פרטי הפוליסה	
השתתפות עצמית	**פרק ה' ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל,** השתתפות עצמית של 20% עבור יעוץ אחד עם המנתח ועד 2,500 ₪ לאחר שובו של המבוטח לישראל וכיסוי הוצאות שהייה של מלווה ועד 1,000 ₪ ליום. **פרק ו' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות,** השתתפות של 250 ₪ למרשם. מעבר לשני מרשמים לא תחול השתתפות עצמית. כמו כן, במקרה של תרופה שעלות מנה חודשית שלא? תעלה מעל 2,500 ₪ או תרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה, לא תחול השתתפות עצמית. השתתפות עצמית של 20% עבור ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן. **פרק ז' שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעקבות גילוי מחלה קשה,** השתתפות של 20% מההוצאה בפועל ועד לסך 50,000 ₪ עבור הוצאות רפואיות שבוצעו בישראל או בחו"ל במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. **פרק ט' שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל,** השתתפות של 20% עבור שכר אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ניתוח, סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח בבית חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח, החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח בבית החלמה מוכר, שירות למבוטח המרותק לביתו לאחר ביצוע ניתוח. **פרק י' מרפאת מומחים ובדיקות אבחון,** השתתפות עצמית של 20% עבור התייעצות עם רופא מומחה, שירות "רופא מלווה", חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים ציבורי, חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל, בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית, שירותי אבחון מהיר. **פרק י"א הוצאות רפואיות נוספות,** השתתפות עצמית של 40% עבור רכישת אביזרים רפואיים. השתתפות עצמית של 20% עבור מנוי למשדר קרדיולוגי, שיקום דיבור וראיה (שלא לאחר ניתוח), טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום (שלא לאחר ניתוח), בדיקות לנשים בהריון, בדיקות גנטיות טרום הריון, טיפול פוריות והפריה חוץ גופית, מעקב הריון, כיסוי מיוחד לילדים, ייעוץ פסיכולוגי/ פסיכיאטר/ עובד סוציאלי, רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי, טיפול לריפוי או הקלה בכאב, טיפולים בתא לחץ, שירותי סיוע באשפוז (שלא לצורך ניתוח).
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.

תמצית פרטי הפוליסה	
עלות הביטוח	דמי הביטוח החודשיים בש"ח ואופן תשלום דמי הביטוח יהיו:

גיל המבוטח	פרמיה חודשית על פי מסלול ניתוחים מהשקל הראשון	פרמיה חודשית על פי מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן	אופן הגבייה
0-20	30.30	27.30	ניכוי משכר או אמצעי גבייה אישי
21-30	78.00	72.00	
31-40	85.00	80.00	
41-50	115.00	108.00	
51-55	120.00	110.00	
56-60	135.00	125.00	
61-65	145.00	135.00	
+66	145.00	135.00	

ילד עד גיל 24

*התשלום עבור 3 ילדים של חבר-מבוטח, החל מהילד הרביעי ללא תוספת פרמיה.

(לפי המדד שפורסם ביום 15.12.2020).

דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת.

שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי.

שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	לאחר 24 חודשים ממועד תחילת הביטוח, וכעבור 24 חודשים נוספים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
פרק ד' - השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל **למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 3.1.1 ו-3.1.2 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.**	השתלה לפי סעיף 1.4 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם וכל שילוב ביניהם. השתלת איבר מלאכותי ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח או הודפס באמצעים טכנולוגיים אחרים או השתלת של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 365 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד. סעיף 3.1.2 - פיצוי חד פעמי להשתלה במקרה ומצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה.	סעיף 3.1.1.1 - השתלה בתיאום עם המבטח - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.1.1.2 - השתלה שלא בתיאום עם המבטח - עד לסך של 4,500,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם. סעיף 3.1.2 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪, למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית.	
טיפול מחליף ניתוח	סעיף 1.5 - טיפול רפואי, בכל טכניקה או טכנולוגיה, שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו, או למנוע ביצועו.	סעיף 3.2.1 - בתיאום עם המבטח - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.2.2 - שלא בתיאום עם המבטח - עד לסך של 1,200,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.6 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 3.2.1 - בתיאום עם המבטח - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.2.2 - שלא בתיאום עם המבטח - עד לסך של 1,200,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.	

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
פרק ד' - השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל	סעיף 3.4. לאחר ביצוע השתלה.	סעיף 3.4.1.1 **למבוטח מעל גיל 21,** גמלה חודשית בגובה 7,500₪ מיום ביצוע ההשתלה ועד 24 חודשים (למעט השתלת מח עצם) **למבוטח עד גיל 21** גמלה חודשית בגובה 2,500₪ מיום ביצוע ההשתלה ועד 24 חודשים. (למעט השתלת מח עצם)	
	סעיף 3.4.1.3 - טרם ביצוע ההשתלה.	סעיף 3.4.1.3 - במידה ואושרה תביעתו של **מבוטח שגילו מעל 21** לביצוע השתלה, יהיה זכאי לקבל תשלום גמלה בטרם בוצעה ההשתלה ועד 24 חודשים.	
	סעיף 3.5 במקרה של מבוטח הנזקק להשתלה ובשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו.	סעיף 3.5 - סכום חודשי בסך 3,500₪, וזאת לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-6 חודשים.	
	סעיף 3.5 במקרה של מבוטח הנזקק להשתלה ושוהה באשפוז בבית חולים ועד 6 חודשים.	סעיף 3.5 - סכום חודשי בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל בגין התקופה היה מאושפז.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל	סעיף 3.4.2 - לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.	סעיף 3.4.2.1 **למבוטח מעל גיל 21,** גמלה החלמה בגובה 3,500₪ ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים ועד 6 חודשים. סעיף 3.4.2.2 **למבוטח עד גיל 21** גמלה החלמה בגובה 1,750₪ ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים ועד 6 חודשים.	
הערות	**חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.**		

פרק ה' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	סעיפים 2 ו-3 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הטסת גופה ועוד.	סעיף 2.1.2.1.1 - במקרה של ניתוח שתואם עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. סעיף 2.1.2.1.2 - במקרה של ניתוח אשר לא תואם מראש עם המבטח - שיפוי בשיעור עד 200% מעלות שירותי ניתוח ואשפוז עבור ביצוע ניתוח דומה בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח.
הוצאות שהייה	סעיף 3.3 בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 5 ימים רצופים.	הוצאות שהייה - עד 1,000 ₪ ליום למלווה ועד 30 ימים בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. במקרה של מבוטח שגילו מתחת לגיל 18 שנה, ישתתף המבטח בהוצאות שהייה עבור שני מלווים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 3.5 בפרק הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע הניתוח.	
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 1.1 בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל.	סעיף 2.2.3.1 - טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואושר מראש ותואם עם המבטח - שיפוי מלא. סעיף 2.2.3.2 - טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואשר לא אושר ותואם מראש עם המבטח - השיפוי המרבי בגין הטיפול ו/או סדרת טיפולים, יהיה בשיעור 200% מעלות ביצוע ניתוח, אותו בא הטיפול המחליף ניתוח להחליף, אם היה מבוצע בישראל.
הערות	**חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.**	

פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות OFF LABAL או תרופות יתום, או טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי של ₪4,000,000 עבור סעיפים 2.1 - 2.4 בפרק. סכום מרבי של ₪600,000 עבור סעיפים 2.5.1 - 2.5.6. בסכומים המוזכרים לעיל כרוכה ההוצאה לרכישת תרופה ו/או טיפול הרפואי הכרוך במתן תרופה.	₪250 בגין כל מרשם, ועד 2 מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני מרשמים המבוטח פטור מהשתתפות עצמית. אם עלות מנה חודשית מעל ₪2,500 - המבוטח פטור מהשתתפות עצמית. לא תהא השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן.
ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן	סעיף 5 בפרק - החזר עבור תוספי מזון ויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח.	כיסוי עד ₪1,000 לכל חודש ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.	20% השתתפות עצמית
הערות	**חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.**		

פרק ז' - שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעקבות גילוי מחלה קשה		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה)[2]
הוצאות רפואיות בעקבות גילוי מחלה קשה	סעיף 3 - שיפוי עבור הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה על פי אבחנה רפואית מתועדת. המחלות: איבוד גפיים, אילמות, אובדן דיבור, אי ספיקת כבד פולמיננטית, אי ספיקת כליות סופנית, אנמיה אפלסטית קשה, גידול שפיר של המוח, דלקת חיידקית של קרום המוח, דלקת מוח, השתלת איברים, אוטם חריף בשריר הלב, חירשות, טרשת נפוצה, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, כוויות קשות, מחלת כבד סופנית (שחמת), מחלת ריאות חסימתית ורסטרקטיבית כרונית, ניוון שרירים, החלפה או תיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, ניתוח מעקפי לב, ניתוח גדול, סוכרת נעורים מסוג DIABETES - MELLITUS, סרטן, עיוורון, עמילואידוזיס ראשונית, פגיעה מוחית מתאונה, פוליו, פרקינסון, צפדת, קרדיומיופטיה, שבץ מוחי, שיתוק, תרדמת, תשישות נפש. עד סכום ביטוח בגובה 50,000 ₪ בכפוף ל-20% השתתפות עצמית. עד סכום ביטוח בגובה 100,000 ₪ במקרה של גילוי מחלת הסרטן.	סעיף ב' - אובדן דיבור - 6 חודשים; סעיף ח' - דלקת מוח - 8 שבועות; סעיף כ"ב - סוכרת נעורים - 6 חודשים; סעיף ל"א - שבץ מוחי - 6 שבועות; סעיף ל"ג - תרדמת - 96 שעות; סעיף ל"ד - תשישות נפש - 60 יום.

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

פרק ח' - ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל		
שם הכיסוי	**תיאור הכיסוי**	**מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע**
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 1.2 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות.	סעיף 3.1 - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2, 3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית.	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית **ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.**
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח.	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	**לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו.** **אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.**	

פרק ח'1 - ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - במסלול משלים שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 1.2 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות.	סעיף 3.1 - כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2, 3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית.	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית **ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.**
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח.	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	**לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו.** **למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.**	

פרק ט' - שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
שכר אח/ות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין עלות שירותי אחות פרטית, שירותי שמירה וכח עזר, שלא ע"י בן משפחה, בעת שהותו של המבוטח בבית חולים בישראל.	כיסוי עד 320 ₪ ליום אשפוז, מהיום שלאחר ביצוע הניתוח ועד 14 ימי אשפוז.	20% מההוצאה בפועל.
סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח בבית חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח	סעיף 3.2 לפרק - החזר בגין הוצאות שהייה במלונית או בית מלון, של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה של מבוטח עד גיל 67, שאושפז בבית חולים לצורך ניתוח או טיפול רפואי אחר (שאינו קשור בלידה ו/או ניתוח קיסרי).	כיסוי עד 400 ₪ לכל יום, לכלל בני המשפחה. החל מיום האשפוז החמישי ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה. עד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.	20% מההוצאה בפועל.
עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי	סעיף 3.3 לפרק - העברתו של המבוטח הנמצא בישראל לבית חולים בישראל וממנו או בין בתי חולים בישראל, לצורך ביצוע ניתוח או אחריו.	לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה.	אין.
החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר	סעיף 3.4 לפרק - מבוטח שעבר ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב, או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים.	כיסוי עד 750 ₪ לכל יום החלמה, עד 14 ימים בבית החלמה או שיקום בהתאם לקביעה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי.	20% מההוצאה בפועל.
שירות למבוטח המרותק לביתו לאחר ביצוע ניתוח	סעיף 3.5 לפרק - החזר בגין הוצאות למבוטח ששוחרר מאשפוז בבית חולים, לאחר ניתוח, שטרם מלאו לו 67 שנים, ובמועד שחרורו נמצא כמי שמרותק לביתו.	במהלך 90 ימים ממועד השחרור מבית החולים ועד כיסוי של 5,000 ₪ עבור: שירותי אחות פרטית - עד 250 ₪ לביקור. שירות רופא בבית - עד 350 ₪ לכל ביקור. שירות טיפול וסיוע תפקודי - זכאי להשתתפות המבטח עד 180 ₪ ליום.	20% מההוצאה בפועל.

פרק י' - מרפאת מומחים ובדיקות אבחון				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)[3]	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה וכן ייעוץ ברפואה ראשונית.	כיסוי עד ל-800₪ להתייעצות ועד סה"כ 3 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.	סעיף 7 - 6 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
שירות "רופא מלווה"	סעיף 3.2 לפרק - החזר עבור רופא מומחה המנהל את תהליך הטיפול הרפואי הכולל: אבחון ומתן מידע ראשוני, בחינת מסמכים ובדיקות רפואיות קודמות, הכוונה והפניה לרופאים מומחים, ריכוז ממצאים ועוד.	כיסוי עד 2,500₪, פעם אחת בתקופת ביטוח.	סעיף 7 - 6 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים ציבורי	סעיף 3.3 לפרק - החזר עבור חוות דעת שנייה ע"י רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו אושפז המבוטח, בעת שהותו באשפוז.	כיסוי עד 2,500₪, פעם אחת בכל אשפוז.	סעיף 7 - 6 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל	סעיף 3.4 לפרק - החזר עבור התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל.	כיסוי עד 7,000₪ ופעם אחת בכל תקופת הביטוח.	סעיף 7 - 6 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 4.1 לפרק - החזר עבור בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות אשר בוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה בתחום מומחיותו.	כיסוי עד 10,000₪ לכל הבדיקות שבוצעו בכל שנת ביטוח.	סעיף 7 - 6 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.

פרק י' - מרפאת מומחים ובדיקות אבחון				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)[3]	השתתפות עצמית
בדיקות גנטיות או גנומיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה	סעיף 4.2 לפרק - החזר עבור אבחון מולקולארי, בדיקות גנטיות או גנומיות שבוצעו במעבדה מורשית, על סמך הפניה של רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.	כיסוי עד תקרה של 40,000₪.	סעיף 7 - 6 חודשים.	אין.
חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית	סעיף 4.3 לפרק - החזר עבור התייעצות עם רופא מומחה, או פרמקולוג, או גנטיקאי, או רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה.	כיסוי עד 800₪ עבור כל התייעצות.	סעיף 7 - 6 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
שירותי אבחון מהיר	סעיף 5 - החזר עבור שירות שניתן במסגרת אבחון המהיר: פגישת יעוץ והכוונה רפואית הכוללת איסוף מידע, אבחון ראשוני, הפניה להתייעצות, התייעצות עם רופאים מומחים, ביצוע בדיקות ופיענוחן, פגישת סיכום עם הרופא הממיין ומתן המלצות להמשך טיפול.	כיסוי עד 600₪ פעם אחת בכל שנת ביטוח.	סעיף 7 - 6 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.

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

פרק י"א - הוצאות רפואיות נוספות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)[4]	השתתפות עצמית
אביזרים רפואיים	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין אביזר רפואי שנרכש במהלך תקופת הביטוח עפ"י המלצה בכתב מאת רופא מומחה.	כיסוי עד 7,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.	סעיף 3.1.2 - 6 חודשים.	40% מההוצאה בפועל.
מנוי למשדר קרדיולוגי	סעיף 3.2 לפרק - החזר עבור מנוי לשירות משדר קרדיולוגי, עקב אירוע רפואי שארע או אובחן במבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח.	כיסוי עד 160 ₪ לכל חודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.	סעיף 3.2.4 - 6 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
שיקום דיבור וראיה (שלא לאחר ניתוח)	סעיף 3.3.1 לפרק - החזר עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראיה שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה.	כיסוי עד 120 ₪ לכל טיפול ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.	סעיף 3.3.5 - 6 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
התעמלות שיקומית (שלא לאחר ניתוח)	סעיף 3.3.2 לפרק - החזר עבור התעמלות שיקומית לאחר אירוע רפואי שאירע במהלך תקופת הביטוח.	כיסוי עד 180 ₪ לכל חודש ועד 12 חודשים.	סעיף 3.3.5 - 6 חודשים.	אין.
טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום (שלא לאחר ניתוח)	סעיף 3.3.3 לפרק - החזר בגין טיפול פיזיותרפי/הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים, שניתנו למבוטח.	כיסוי עד 250 ₪ לכל טיפול, עד 10 טיפולים. לאחר ביצוע ניתוח יהיה זכאי המבוטח ל-10 טיפולים נוספים במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע הניתוח.	סעיף 3.3.5 - 6 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
בדיקות לנשים בהריון	סעיף 3.4.1 לפרק - החזר בגין בדיקה שבוצעה בגופה של מבוטחת במהלך תקופת הביטוח, לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההיריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר.	כיסוי עד 3,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון. עד 5,000 ₪ לכל הריון, במקרה של תאומים או יותר.	סעיף 3.4.9 - 9 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.

פרק י"א - הוצאות רפואיות נוספות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)[4]	השתתפות עצמית
בדיקות גנטיות טרום הריון	סעיף 3.4.2 לפרק - החזר בגין בדיקות גנטיות טרום הריון לשלילת מומים מולדים, שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח. **הזכאות הינה בגין בדיקה שהמבוטח/ת אינו/ה זכאי/ת לה במסגרת סל הבריאות הממלכתי.**	כיסוי עד 1,250 ₪ לכל מבוטח/ת, פעם בתקופת ביטוח.	סעיף 3.4.9 - 9 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
טיפולי פוריות והפריה חוץ גופית	סעיף 3.4.3 לפרק - החזר עבור טיפולי פוריות והפריה חוץ גופית, שבוצעו בגופה של מבוטחת שטרם מלאו לה 45 שנים עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית.	כיסוי עד 10,000 ₪ עבור כלל הניסיונות להרות, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד.	סעיף 3.4.9 - 9 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
ניתוח לצורך פריון והפריה	סעיף 3.4.4 לפרק - החזר עבור ביצוע ניתוח לצורך פריון והפריה.	המבטח יישא במלוא העלות.	סעיף 3.4.9 - 9 חודשים.	אין.
מעקב הריון	סעיף 3.4.5 - החזר עבור ביקור המבוטחת אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון.	כיסוי עד 400 ₪ לכל ביקור ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.	סעיף 3.4.9 - 9 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
שמירת הריון באשפוז	סעיף 3.4.6 לפרק - החזר עבור אשפוז בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים.	כיסוי עד 100 ₪ לכל יום אשפוז החל מיום האשפוז ה-14 ועד 5,000 ₪ לכל הריון.	סעיף 3.4.9 - 9 חודשים.	אין.
בעיות הרטבה לילדים	סעיף 3.5.1 לפרק - החזר עבור טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5.	כיסוי עד 700 ₪ לטיפול ועד שני טיפולים לכל ילד.	סעיף 3.5.3.4 - 12 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.

פרק י"א - הוצאות רפואיות נוספות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)[4]	השתתפות עצמית
אבחון בעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה	סעיף 3.5.2 לפרק - החזר עבור אבחון למבוטח שגילו עד 18 שנים, שבוצעו ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת BRC, TOVA.	כיסוי עד 1,200₪. הזכאות הינה פעם אחת לכל תקופת ביטוח. המבטח ישתתף בעלות עבור אבחון נוסף למבוטח שגילו עד 18 שנים, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והמבוטח מטופל תרופתית, ועד לסכום של 1,800₪.	סעיף 3.5.3.4 - 12 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
טיפול בבעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה	סעיף 3.5.3 לפרק - החזר עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה שאובחנו אצל מבוטח עד גיל 18, המבוצעים על ידי: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג.	כיסוי עד 120₪ לטיפול, ולא יותר מ-30 טיפולים במהלך תקופת ביטוח.	סעיף 3.5.3.4 - 12 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.
יעוץ/ טיפול פסיכולוגי/ פסיכיאטר/ עובד סוציאלי	סעיף 3.6 לפרק - החזר עבור יעוץ ו/או טיפול שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכיאטר ו/או עובד סוציאלי.	כיסוי עד 250₪ לכל טיפול, עד 12 טיפולים.	סעיף 3.6.3 - 6 חודשים	20% מההוצאה בפועל
רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי	סעיף 3.7 - החזר עבור טיפולים ברפואה משלימה שבוצעו בפועל במהלך תקופת הביטוח, כגון: הומיאופתיה, כירופרקטיקה, רפלקסולוגיה, ביו-פידבק ועוד.	כיסוי עד 120₪ לטיפול או התייעצות ועד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח.	סעיף 3.7.4 - 6 חודשים	20% מההוצאה בפועל
טיפול לריפוי או הקלה בכאב	סעיף 3.8 לפרק - החזר עבור טיפול או סדרת טיפולים להקלה או טיפול בכאב.	כיסוי עד 10,000₪ בכל תקופת הביטוח.	סעיף 3.8.4 - 6 חודשים.	20% מההוצאה בפועל.

פרק י"א - הוצאות רפואיות נוספות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)[4]	השתתפות עצמית
טיפולים בתא לחץ	סעיף 3.9 לפרק - החזר עבור טיפולים בחמצן בעל לחץ במצב רפואיים שאין לגביהם הורייה קלינית לטיפול במסגרת סל הבריאות.	עד 250₪ לכל טיפול ועד 30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח.	אין.	20% מההוצאה בפועל.
שירותי סיוע באשפוז (שלא לצורך ניתוח)	סעיף 3.10 לפרק - החזר עבור שירותי אחות פרטית, שירותי שמירה וכח עזר, שלא ע"י בן משפחה, בעת שהותו של המבוטח בבית חולים בישראל.	עד 320₪ לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר האשפוז ועד 14 ימי אשפוז.	אין.	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.**			

מדד הפוליסה שפורסם ביום 15.12.2020.

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:
www.harel-group.co.il/wps/portal

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסה לביטוח בריאות
לחברי קרנות הסוהרים ובני משפחותיהם

פרק א': הגדרות כלליות

מוצהר ומוסכם בזאת כי תמורת התחייבות לתשלום דמי הביטוח, ובכפיפות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, ישלם המבטח לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח - הכול בהתאם למחויבות המבטח על פי כל אחד מפרקי הביטוח, ובכפוף להסכם עם בעל הפוליסה, עבור סך כל מקרי ביטוח בכל פרק, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בכל פרק, או בסעיפים שבהם נקבע שיעור כזה.

1. הגדרות כלליות

בפוליסה זו ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת בצידם:

1.1. **אביזר רפואי:** כל מכשיר או אביזר לשימוש פנימי או חיצוני אשר נועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי

1.2. **אח/אחות:** אח או אחות, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.

1.3. **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).

1.4. **בית חולים ציבורי:** מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י הרשויות המוסמכות כבית חולים, ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.

1.5. **בית חולים פרטי** - אחד מאלה:

1.5.1. 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.

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

1.6. **בית חולים בהסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח.

1.7. **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של עובד. כבני/ות זוג ייחשבו גם ידוע/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם העובד, בכפוף להצהרה בכתב של העובד על כך.

1.8. **בעל הפוליסה:** עמותת קרנות הסוהרים.

1.9. **גיל המבוטח:** גיל המבוטח ייחשב לפי האחד בחודש בו חל יום הולדתו. לצורך קביעת זכויות המבוטח ייקבע גילו לפי תאריך הלידה ביום הולדתו.

1.10. **גמלאי:** מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת, או שמשולמת לו אחת מאלה:

(1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו.

(2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.

1.11. **דמי הביטוח (פרמיה):** הסכום שבעל הפוליסה ו/או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בהסכם הביטוח.

1.12. **דף פרטי ביטוח:** דף המצורף לפוליסה וכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.

1.13. **המבוטח:** חבר (לרבות עובד בחל"ת כל עוד נחשב כעובד) אצל בעל הפוליסה, בן/ת זוגו, וילדיו אשר הצטרפו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים.

1.14. **המבטח או החברה:** הראל חברה לביטוח בע"מ.

1.15. **הסכם הביטוח:** הסכם שנערך בין בעל הפוליסה לבין המבטח, לעריכת ביטוח בריאות קבוצתי עבור המבוטחים, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים או שיצורפו להסכם בעתיד, בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה.

1.16. **הסכם ביטוח קודם:** הסכם ביטוח בריאות קבוצתי בין בעל הפוליסה להראל חברה לביטוח שהסתיים ב-31.12.2020.

1.17. **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה.

1.18. **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות המבטח לתשלום עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר שהמבוטח שילם את ההשתתפות העצמית, ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו. יובהר כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה שצוינה השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.

1.19. **ועדת הלסינקי:** ועדה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהם.

1.20. **חבר:** משרת או גמלאי של שירות בתי הסוהר שהינו עמית אצל בעל הפוליסה.

1.21. **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרזו ע"י משרד החוץ הישראלי ו/או עפ"י חוק.

1.22. **חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח, לעריכת הניתוח הרלוונטי, לרבות חדרי ניתוח של קופות החולים.

1.23. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

1.24. **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

1.25. **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.

1.26. **טיפול ניסיוני - רפואי או תרופתי:** טיפול רפואי הדורש אישור ועדת הלסינקי.

1.27. **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.

1.28. **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה ברציפות. למרות האמור, שהייה למשך 16 שעות ברציפות במחלקה בבית חולים שאינה חדר מיון, או שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.

1.29. **יועץ הביטוח:** מי שבעל הפוליסה מינה כיועץ ביטוח לליווי בעל הפוליסה בכל ענייני הביטוח ולייצוגו מול המבטח, ובמועד החתימה על ההסכם ש. לוטינגר ושות' בע"מ.

1.30. **ילדים:** ילדי עובד ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק.

1.31. **ילד בוגר:** ילדו של עובד שמלאו לו 24 שנה.

1.32. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.

1.33. **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח.

1.34. **מדד בסיס:** המדד הידוע במועד תחילת הסכם הביטוח

1.35. **מוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שנתן המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח. **יובהר כי במקרה תביעה של קטין המוטב יהיה העובד אצל בעל הפוליסה. במקרה שבו שני בני הזוג עובדים אצל בעל הפוליסה, המוטב תהיה אמו של הקטין אשר עובדת אצל בעל הפוליסה.**

1.36. **מחלה:** מצב של בריאות לא תקינה, או קיום בעיה בריאותית, או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, או כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.

1.37. **מנתח אחר:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, ואשר אינו מנתח הסכם.

1.38. **מנתח בהסכם:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח, ואשר במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח נמצא בהסכם עם המבטח.

1.39. **מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.

1.40. **מקרה הביטוח:** מצב המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה.

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

1.42. **נותן שירות שבהסכם:** מנתח בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר עמו קשור או יתקשר המבטח בהסכם למתן שירות רפואי בקשר לביטוח זה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.

1.43. **נותן שירות שאינו בהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עמו את התשלום, לפיכך המבוטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.

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

1.45. **סייג בשל מצב רפואי קודם:** חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבותו או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר הגורם העיקרי וללא תלות בגורם אחר הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

1.46. **סכום ביטוח מרבי:** הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.

1.47. **עובד סוציאלי:** מי שרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996.

1.48. **פסיכולוג:** אדם הרשום בפנקס הפסיכולוגים או בעל היתר על פי חוק הפסיכולוגים התשל"ז 1977.

1.49. **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם. להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.

1.50. **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.

1.51. **רופא מומחה:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

1.52. **רופא מומחה בכיר:** רופא מומחה מנהל או סגן מנהל מחלקה או יחידה בבית חולים ציבורי או מי שמילא תפקיד זה בעבר, או רופא מומחה הנושא תואר פרופסור.

1.53. **רופא מרדים:** רופא שהוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.

1.54. **צירוף אוטומטי:** צירוף אובליגטורי של מבוטחים לפוליסה ע"י בעל הפוליסה ללא אישור מפורש מאת המבוטח. צירוף אוטומטי של המבוטחים יחול במעבר בין הסכם הביטוח הקודם להסכם ביטוח זה. צירוף באופן אוטומטי של מבוטחים חדשים שלא היו כלולים בהסדר הביטוח הקודם, או עובדים שהחלו את עבודתם לאחר תחילת מועד הסכם זה, מותנה בכך שלא נדרש מהמבוטח לשאת בעלות הביטוח לרבות עלות שווי מס.

צירוף אוטומטי לביטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, **והכיסוי** הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבו הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד הצטרפותו לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. **במקרה של צירוף אוטומטי תבוטל כל החרגה או סייג לחבות המבטח בשל מצבו הרפואי של המבוטח אם נקבעה בהסכם הביטוח הקודם, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי.**

1.55. **צירוף בהסכמה:** צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).

1.56. **רצף ביטוחי מלא:** מעבר בין הביטוח עפ"י הסכם הביטוח הקודם לביטוח על פי פוליסה זו, או מעבר בין הביטוח על פי פוליסה זו לביטוח בריאות אחר המחליף פוליסה זו. המעבר בין תוכניות הביטוח כאמור יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח הקודם.

1.57. **שב"ן:** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים ו/או כיסויי ביטוח ו/או זכויות רחבות יותר לעומת שירותי הבריאות הניתנים על פי סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק בריאות ממלכתי, תשנ"ד – 1994, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח.

1.58. **שנת ביטוח:** תקופה בת 12 חודשים רצופים. תחילתה של השנה הראשונה במועד תחילת הסכם הביטוח, ואשר תימשך כל פעם לתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם.

1.59. **תאונה:** אירוע מקרי חד פעמי שנגרם מגורם חיצוני, וגרם למבוטח נזק פיזי או נפשי. **מובהר כי פגיעה במהלך פעילות ספורט, למעט ספורט מקצועני המפורט בסעיף החריגים, תיחשב כתאונה על פי פוליסה זו. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.**

1.60. **תאריך תחילת הסכם הביטוח:** 1.1.2021.

1.61. **תאריך תחילת הביטוח (תאריך הצטרפות, תוקף הביטוח):** תאריך תחילת הביטוח עבור כל מבוטח הינו התאריך הקבוע בדף פרטי הביטוח. מבלי לפגוע באמור, ייקבע תאריך תחילת הביטוח כדלקמן:

א. תאריך תחילת הביטוח לגבי מבוטחים שהיו כלולים בהסכם הביטוח הקודם עובר ל-31.12.2020, יחול ב-1.1.2021.

ב. אם צירופו של המבוטח לביטוח מותנה במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח, האחד לחודש העוקב בו המבטח אישר את צירופו של המבוטח לביטוח.

ג. אם צירוף המבוטח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח האחד בחודש העוקב בו התקבלה בקשת ההצטרפות במשרדי המבטח.

1.62. **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה. תקופת האכשרה תחול לגבי מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תיחשב כתקופה רציפה אחת. לפיכך, יובהר למעלה מכל ספק כי תקופת אכשרה לא תחול על כל המבוטחים שהיו מבוטחים במועד תם הסכם הביטוח הקודם.

1.63. **תקופת ביטוח:** תקופה שתחילתה במועד תחילת תוקף הביטוח של המבוטח (מועד צירופו לביטוח), ומסתיימת במועד תום תקופת הסכם הביטוח. אם הסכם הביטוח יחודש לתקופה נוספת, תקופת הביטוח הנוספת, תחשב כתקופת ביטוח חדשה, וזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח תקום מחדש. למען הסר ספק יובהר כי אם תקופת הביטוח תוארך לתקופה נוספת של עד 3 חודשים, תחשב תקופת הארכה כאותה תקופת ביטוח, אולם המבוטח יהיה זכאי למכסות טיפולים נוספות הקבועות בפרקים ט' ו-י', באופן יחסי לתקופת הארכה.

1.64. **תקנות ביטוח בריאות קבוצתי:** תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.

פרק ב': חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:

1.1. מקרה הביטוח נובע באופן ישיר ובלעדי כתוצאה משימוש בסמים מסוכנים כהגדרתם בפקודת הסמים המסוכנים, למעט אם השימוש בסמים הוא לפי הוראות רופא.

1.2. מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של פעילות פלילית מסוג עוון או פשע של המבוטח.

1.3. מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח.

1.4. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה. סעיף זה לא יחול על מבוטחים שאינם נדרשים להמתין את תקופות האכשרה.

1.5. מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח. יובהר כי תום הביטוח אינו גורע מאחריות המבטח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח יכוסה על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לתקופת ההתיישנות (5 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח).

1.6. מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

2. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.

3. סייג בשל מצב רפואי קודם:

3.1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות בס"ק א' ו-ב' להלן, לפי העניין, שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. לעניין סעיף זה מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לראשונה במהלך 3 (שלוש) השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

3.2. יובהר כי המבוטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיף 3.1 (א) ו-(ב), לפי העניין.

3.3. חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי כל המבוטחים שהיו כלולים בפוליסה במסגרת הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם נכון ל-31.12.2020.

3.4. מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק ט'- מרפאת מומחים ובדיקות אבחון, ופרק י' -הוצאות רפואיות נוספות, וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופות האכשרה הנקובות בפרקים אלה, לפי העניין.

3.5. חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על מבוטח הנדרש למלא שאלון רפואי. במקרה כזה יחולו תנאי החיתום שנקבעו ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. סייג לחבות המבטח או הגבלת חבותו לגבי היקף הכיסוי הביטוחי, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

3.6. דחה המבטח תביעתו של מבוטח בשל מצב רפואי קודם, יפרט בהחלטתו את המצב הרפואי הקודם, ויפנה בהודעתו למסמכים רפואיים עליו הסתמכה החלטתו.

פרק ג': תנאים כלליים

1. מהות הביטוח

הביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, שהצטרפו לביטוח על פי כללי ההצטרפות המפורטים להלן.

2. חובת בעל פוליסה בהתאם לסעיף 3 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

2.1. לפני תחילת תקופת הביטוח ימסור בעל הפוליסה למבטח הצהרה כמתחייב על פי סעיף 3 א' 1 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט, והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

2.2. בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי תקנות לביטוח בריאות קבוצתי.

3. תקופת הסכם הביטוח

3.1. תקופת ביטוח זו הינה בת 60 חודשים החל מ-1.1.2021 ועד 31.12.2025. הפוליסה הקבוצתית תתחדש לתקופה נוספת בת 60 חודשים בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח לגבי תנאי הפוליסה וההסכם החדשים.

3.2. בתום תקופת הביטוח תעמוד לבעל הפוליסה הזכות להורות למבטח על הארכת תקופת הביטוח לתקופה נוספת של עד 90 יום, לצורך בחינת חידוש הסכם הביטוח. תנאי הביטוח בתקופת הארכה יהיו זהים לתנאים הקבועים בפוליסה זו. בתקופת ההארכה המבוטח יהיה זכאי למכסות טיפולים נוספות הקבועות בפרקים ט' ו-י' באופן יחסי לתקופת הארכה.

3.3. חודשה תקופת הביטוח אצל המבטח, הזכאות לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח יקומו מחדש כאילו הצטרף המבוטח לביטוח לראשונה.

3.4. אם יפחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

4. דמי הביטוח

4.1. דמי הביטוח החודשיים יהיו להלן:

גיל המבוטח	פרמיה חודשית על פי מסלול ניתוחים מהשקל הראשון	פרמיה חודשית על פי מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן	אופן הגבייה
0-20	30.30	27.30	ניכוי משכר / אמצעי גבייה אישי
21-30	78.00	72.00	ניכוי משכר / אמצעי גבייה אישי
31-40	85.00	80.00	ניכוי משכר / אמצעי גבייה אישי
41-50	115.00	108.00	ניכוי משכר / אמצעי גבייה אישי
51-55	120.00	110.00	ניכוי משכר / אמצעי גבייה אישי
56-60	135.00	125.00	ניכוי משכר / אמצעי גבייה אישי
61-65	145.00	135.00	ניכוי משכר / אמצעי גבייה אישי
66+	145.00	135.00	ניכוי משכר / אמצעי גבייה אישי

*ילד עד גיל 24 התשלום עבור 3 ילדים של חבר - מבוטח, החל מהילד הרביעי ללא תוספת פרמיה.

דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 40 ביום 10.01.2021, דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 01.01.2021 לפי דמי הביטוח של גיל 40).

4.2. דמי הביטוח (הפרמיות) החודשיים בשקלים חדשים עבור כל מבוטח, מצוינים בדף גילוי נאות ו/או בדף פרטי הביטוח, והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג. דמי הביטוח הינם עפ"י מדד הידוע מועד תחילת הסכם הביטוח, ויהיו צמודים למדד.

4.3. **התאמת פרמיה**

4.3.1. לאחר 24 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח, וכעבור 24 חודשים נוספים (מועדי עריכת החשבון") יהא רשאי המבטח להתאים את סכום דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם, וזאת על פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה הקבועה בהסכם הביטוח.

4.3.2. אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים, כאמור לעיל, תותאם הפרמיה בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח.

4.3.3. לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בדמי הביטוח שנקבעו במועד עריכת החשבון למעט הצמדתן למדד.

4.4. **קביעת דמי הביטוח בהתאם לסעיף 5 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**

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

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

(2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או בהרחבתה.

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

(4) במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

(5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

4.5. על אף האמור בסעיף 4.3, הממונה על הביטוח רשאי לאשר למבטח כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

5. הצטרפות לביטוח

5.1. **הצטרפות המבוטחים שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם**
כל המבוטחים שהיו מבוטחים במסגרת ביטוח בריאות הקבוצתי הקודם, נכון ל-31.12.2020, יצורפו לביטוח זה באופן אוטומטי ובכפוף להוראות והתנאים הקבועים בפרק זה.

5.2. **הצטרפות חברים ובני משפחתם שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם**

5.2.1. חברים, בני זוגם, וילדיהם, שלא היו כלולים בהסדר הביטוח הקודם, נכון ל-31.12.2020, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה, בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבוטחים אלא ייכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.2.2. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, מבוטחים אלה שיבקשו להצטרף לביטוח זה, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי אחר אצל המבטח, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים הדומים להם היו זכאים אם היו זכאים, במסגרת הביטוח הקודם, ובלבד שהביטוח האחר בוטל או הופסק לגביהם, ובקשת ההצטרפות הוגשה תוך 90 ימים ממועד תום תוקף הביטוח הקודם. לגבי כיסויים ביטוחיים שלא נכללו בביטוח הקודם, יהיו חייבים המצטרפים לביטוח זה במילוי הצהרת בריאות המצורפת לפוליסה זו. כמו כן כיסויי ביטוח שלא נכללו בביטוח הקודם ייכנסו לתוקפם בחלוף תקופות אכשרה הקבועות בכל פרק, לפי העניין.

5.3. **הצטרפות חברים חדשים ובני משפחתם**

5.3.1. חברים חדשים שיתחילו את חברותם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם זה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח ולצרף את בני/ת זוגם וילדיהם עד גיל 24 לביטוח זה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ובתנאי שהגישו בקשת הצטרפות עבורם ועבור עבור בני המשפחה תוך 90 ימים ממועד תחילת העסקתם. על החבר ובני משפחתו יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. על מבוטחים אלה (החבר ובני משפחתו) יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בס' 3 לפרק ב' - חריגים כלליים. הביטוח עבורם יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו הוגשה בקשת ההצטרפות.

5.3.2. בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד תחילת עבודתם), הצטרפות בני המשפחה מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.4. **צירוף ילדים בוגרים**

ילדי חברים שמלאו להם 24 שנים יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה, בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועים בכל פרק לפי העניין. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

5.5. **צירוף בן/בת זוג חדש**

5.5.1. בן/בת זוג אשר ת/יינשא לחבר מבוטח, וילדיו/ה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 90 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של החבר (בהתאם להצהרת החבר). ההצטרפות מותנית במילוי טופס הצטרפות, ללא מילוי הצהרת בריאות. על מבוטחים אלה יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בס' 3 לפרק ב' - חריגים כלליים.

5.5.2. בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור כאמור), הצטרפות בן/ת זוג מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.6. צירוף תינוק לביטוח

5.6.1. תינוק של מבוטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך 180 ימים מיום היוולדו תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו יחל למפרע במועד היוולדו.

5.6.2. בחלוף תקופה זו (180 יום מיום היוולדו), הצטרפות התינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.7. צירוף ילד מאומץ

5.7.1. ילד מאומץ של מבוטח, שתוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 90 יום מיום האימוץ, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו יחל למפרע במועד בו הוכר כילדו של העובד על פי חוק.

5.7.2. בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד האימוץ כחוק), הצטרפות הילד המאומץ מותנית במילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיה ו/או סייגיה. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.8. פרישה של מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית

מובהר בזאת כי מבוטחים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח. זכאותם לתגמולי ביטוח תקום לאחר תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

5.9. תשובת המבטח לבקשת הצטרפות

5.9.1. המבטח ישיב לבקשת ההצטרפות תוך 30 ימים מהיום בו התקבלו במשרדיו הבקשה וכל המסמכים הדרושים לבחינת תנאי ההצטרפות.

5.9.2. לא השיב המבטח תוך 30 יום כאמור, יצורף המועמד לביטוח ללא כל סייג בשל מצבו הרפואי.

5.10. צירוף מבוטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט

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

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

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

5.10.2. סעיף 5.10.1 לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, 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 בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

5.10.3. תקנת המשנה כאמור בסעיף 5.10.1 לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים במועד חידושה.
2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי מלא לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש, ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד.
3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים הפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי"- פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה:
   (א) ניתוחים.
   (ב) תרופות.
   (ג) השתלות.
   (ד) מחלות קשות.
   (ה) שיניים.
   (ו) תאונות אישיות

5.11. **מתן מסמכים למבוטח - בהתאם לסעיף 6 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**

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

5.11.2. על אף האמור בסעיף 5.11.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח

לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין-

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

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

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

5.11.3. דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:

(1) שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח.

(2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה.

(3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח.

(4) תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלהם נקבעה התוספת האמורה.

(5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;

(6) פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.

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

5.11.5. 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.

5.12. מתן הודעות למבוטח בהתאם לסעיף 7 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

5.12.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח 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 בסעיף 5.10 או סעיף 4.3, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח, ובהיעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 5.10.2(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.

5.12.1.1. 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.

5.12.1.2. 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.

5.12.1.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 15.3 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.

5.12.2. 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.

5.13. תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח למבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות

5.13.1. 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 30 ימי עבודה מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח, ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית.

5.13.2. אירע 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 אצל המבטח 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.

5.13.3. מובהר כי סעיף זה לא יחול על מבוטחים שצירופם לביטוח הוא צירוף אוטומטי כהגדרתו בפרק א'.

5.13.4. אין באמור כדי למנוע מהמבטח לבקש מבעל הפוליסה אישור לפיו המועמד לביטוח זכאי להצטרף לביטוח הקבוצתי על פי פוליסה זו.

5.14. מבוטח שהצטרף לביטוח בנסיבות המחייבות מילוי הצהרת בריאות, יחתום על הצהרה בדבר ויתור על סודיות רפואית. המבטח זכאי בשלב בחינת תנאי ההצטרפות, לפנות לכל גורם לגביו ניתן הוויתור לקבלת מידע אודות מצבו הרפואי של המבוטח. לא עשה כן, יהיה מנוע מלטעון בשלב התביעה כי המבוטח אינו זכאי לתגמולי ביטוח או פחתה חבות המבוטח, בשל מצב רפואי קודם.

6. תביעות

6.1. הודעה על קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 22 לחוק חוזה הביטוח

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח או המוטב להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח. מתן הודעה מאת אחד מאלה משחרר את השני מחובתו.

6.2. בירור חבותו של המבטח בהתאם לסעיף 23 לחוק חוזה הביטוח

(א) משנמסרו למבטח הודעה על קרות מקרה הביטוח ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח, על המבטח לעשות מיד את הדרוש לבירור חבותו.

(ב) על המבוטח או על המוטב, לפי העניין, למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם.

6.3. מבלי לגרוע מזכאותו של המבוטח על פי תנאי הפוליסה ועל פי כל דין, המבוטח רשאי לפנות למבטח לקבלת אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול. למען הסדר הטוב יודגש כי האישור המוקדם נועד כדי לידע את המבוטח לגבי הטיפולים המכוסים בפוליסה, סך השתתפות המבטח בגין הטיפול, והאם נותן השירות מאושר לבצע את הטיפול המבוקש.

6.4. יודגש כי במקרי ביטוח הבאים: השתלות בארץ ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, הוצאות רפואיות מיוחדות, ניתוחים בארץ או בחו"ל, ותרופות שלא בסל הבריאות, יפנה המבוטח אל המבטח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבטח לקיום מקרי ביטוח כאמור היא תנאי מהותי לאחריות המבטח.

6.5. אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבוטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, כמתחייב בסעיף 6.4 לעיל, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.

6.6. למרות האמור בס' 6.4 לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו עפ"י פוליסה זו, ובסכום חבות המבטח אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.

6.7. יובהר למעלה מכל ספק כי המבטח לא ישפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא או המטפל, ולא ייתן לו הוראות או הנחיות טיפוליות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי, בכפוף לכך שהרופא פועל על פי סטנדרטים רפואיים מקובלים.

6.8. זמני טיפול בתביעה

6.8.1. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

6.8.2. עם קבלת מסמכי התביעה במשרדי המבטח, ישלחו הודעת SMS או מייל המעדכנים את המבוטח על הגעת המסמכים והזמן המשוער הנדרש לסילוק התביעה

6.8.3. המבטח יבדוק את המסמכים הרפואיים שיגיש המבוטח בכל הקשור לכיסוי הביטוח בפוליסה שברשותו, ויסייע למבוטח למצות את מלוא זכויותיו בכל הכיסויים אשר בפוליסת הביטוח.

6.8.4. אם יתברר כי נדרשים מסמכים נוספים לברור חבותו של המבטח, ו/או לצורך סילוק התביעה, יפנה נציג המבטח למבוטח, יעדכנו לגבי המסמכים החסרים, וידריך אותו על אופן שליחת המסמכים החסרים.

6.8.5. המבטח ישיב למבוטח תוך 21 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.

6.8.6. לא טופלה התביעה תוך פרק הזמן הקבוע בס' 6.8.5, יהיה זכאי המבוטח לפנות לוועדת הערר, וזו תהיה מוסמכת לאשר או לדחות את התביעה עפ"י המידע והמסמכים שהגיש המבוטח.

6.9. **הכשלה של בירור החבות בהתאם לסעיף 24 לחוק חוזה הביטוח**

(א) לא קויימה חובה לפי סעיף 6.1 או לפי סעיף 6.2(ב) במועדה, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קויימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

(1) החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות;

(2) אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

(ב) עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

6.10. **סייג בדבר אחריות המבטח לבחירת נותן השירות וטיב השרות הרפואי**

מובהר ומוצהר כי המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים.

7. תגמולי ביטוח

7.1. **מובהר ומוצהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו הינה על פי התנאים המצוינים בפוליסה זו, ואינה מותנית באישור קופ"ח, השב"ן או כל מבטח אחר, וכי הוראות קופות החולים ו/או תכניות השב"ן ותנאיהן לא יחולו על פוליסה זו.**

7.2. **תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח**

עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח ישירות לנותן השירות או למבוטח, ו/או ימציא התחייבות כספית לנותן השירות, בהתאם לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, כמפורט להלן:

7.2.1. **התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם**

7.2.1.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית, בניכוי השתתפות השב"ן לו זכאי המבוטח לפי העניין.

7.2.1.2. כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבוטח תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הנדרשים לצורך קביעת חבותו.

7.2.1.3. במקרים דחופים יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.

7.2.2. **השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם**

7.2.2.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלמם למבוטח כנגד מסמכים המאשרים את ביצוע התשלום לנותן השירות. במקרים בהם נבצר מהמבוטח לממן את השירות הרפואי

ולקבלו במועד, ועקב כך ישנה סכנה לחייו להחמרה משמעותית במצב בריאותו, יסדיר המבטח הקדמת התשלום למבוטח טרם קבלת השירות הרפואי. **יובהר כי תנאי סעיף זה לא יחולו על פרק הניתוחים בישראל לפיהם ניתוח יבוצע רק באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם המבטח.**

7.2.2.2. המבוטח ימסור למבטח את כל הקבלות (מקור/ העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים (מסמכים מקוריים או העתק המסמכים המקוריים) הדרושים למבטח לבירור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או באיזור האישי.

7.2.2.3. המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה באופן סביר, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.

7.2.2.4. תגמולי הביטוח ישולמו תוך 21 ימי עבודה ממועד קבלת המסמכים הנוגעים לאותה תביעה במשרדי המבטח, ובכפוף לאישור התביעה.

7.3. **טיפולים רפואיים בחו"ל**

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

7.4. **פטירת מבוטח**

נפטר מבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהיעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה, ככל שמחויב המבטח בכל אחד מפרקי הפוליסה, למשפחתו של המבוטח.

7.5. **יובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.**

7.6. **זכאות במהלך שירות צבאי סדיר**

הזכויות על פי תנאי פוליסה זו תקפות גם בעת שירות צבאי (סדיר, קבע או מילואים). בעת שירות צבאי כאמור, זכאי המבוטח לשירותים רפואיים מטעם הצבא, וזאת בהתאם ובכפוף להוראות והנחיות הצבא, כפי שהן מעת לעת. יובהר כי לכפיפות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.

8. ערעור על החלטת המבטח

8.1. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, יהיה המבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר.

8.2. ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.

8.3. החלטת הוועדה תתקבל מרוב קולות חבריה.

8.4. החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח, ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.

8.5. ועדת הערר תורכב מ-4 נציגים כדלקמן: 2 נציגים מטעם המבטח, ו-2 נציגים מטעם בעל הפוליסה.

8.6. ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ-30 ימים מהיום בו הוגשה אליה תביעה.

8.7. אם לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה בשל חילוקי דעות בין חבריה, תנהג הוועדה כדלקמן: הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין רפואי ימנו חבריה בהסכמה רופא מומחה, ואם הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, ימנו מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת (להלן בסעיף זה: "המומחה"). לא הגיעו חברי הוועדה להסכמה לגבי המומחה, יועץ הביטוח יהיה הפוסק לעניין בחירת המומחה, לפי העניין. יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.

8.8. המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תיחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.

8.9. למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

9. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

9.1. אם בגין מקרה הביטוח הייתה למבוטח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית השב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח את מלוא תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.

9.2. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.

9.3. בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבוטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.

9.4. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

10. כפל ביטוח -בהתאם לסעיף 10 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

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

10.2. 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.

11. הצמדה

11.1. כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח, ההשתתפות העצמית, ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבוטח הכול פי העניין, יהיו צמודים למדד.

11.2. חישוב הצמדה יעשה ע"י המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח, עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל, לבין המדד הידוע ביום תחילת הפוליסה.

11.3. מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין.

12. ביטול הפוליסה על ידי המבטח

המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הסכם הביטוח הקבוצתי במהלך תקופת הביטוח. למרות האמור המבטח רשאי לבטל את הביטוח למבוטח מסוים על פי התנאים הקבועים בחוק חוזה הביטוח. ביטול הפוליסה למבוטח מסוים מותנה כי המבטח יודיע ויקבל מראש את אישור בעל הפוליסה לכך. בנסיבות בהן לא שולמו דמי ביטוח כסדרם למשך תקופה העולה על 90 יום, יבוטל הביטוח לאותו מבוטח ו/או עבור כלל המבוטחים שעבורם לא שולמו דמי הביטוח. למרות האמור, הצהרה בכתב של בעל הפוליסה שתינתן למבטח בתוך 30 יום מהודעה כאמור, לפיה אי תשלום דמי ביטוח בגין מבוטח ו/או קבוצת מבוטחים מקורו בטעות שבתום לב, תאפשר תשלום רטרואקטיבי של דמי הביטוח ותמנע ביטול הביטוח.

13. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה

מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה, בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח בהסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח. ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה אצל המבטח לגבי כל המבוטחים, ובלבד שנערך הסכם ביטוח חלופי אצל מבטח אחר ליתרת תקופת הביטוח.

14. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח

14.1. מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של המבוטח, המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה מכל סיבה שהיא בהודעה בכתב למבטח בכל עת. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 3 ימים מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח.

14.2. **יובהר כי ביטול הפוליסה של החבר המבוטח יהווה גם ביטול הפוליסה של בן/בת הזוג וילדיהם. ביטול הפוליסה עבור בן/בת הזוג או ילדי החבר לא יהווה ביטול הביטוח של החבר.**

14.3. **יובהר למעלה מכל ספק כי בנסיבות בהן המבוטח ביטל את הפוליסה עבורו ו/או עבור בני משפחתו, לא יחולו לגביהם תנאי ההמשכיות במסגרת פוליסה פרטית כמפורט בסעיף 15 או 17 להלן.**

15. ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסוים - בהתאם לסעיף 8 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

15.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 5.2.2, והודיע המבוטח בכתב 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 שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

15.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בס' 5.2 או בס' 4.3 לעיל, 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 המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 5.2.2(2). לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש ובכתב לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

15.3. על אף האמור בסעיף 16.2 ובנוסף לאמור בסעיף 17.2, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה 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, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

16. תום הביטוח ו/או הפסקתו

16.1. תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:

16.1.1. יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה.

16.1.2. היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את עבודתו אצל בעל הפוליסה.

16.2. לאחר 3 ימים מהמועד בו התקבלה במשרדי המבטח בקשת המבוטח להפסיק את הביטוח.

16.3. לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג - היום האחרון בחודש בו הודיע בעל הפוליסה למבטח על גבי קובץ כ"א, על סמך הודעה בכתב של המבוטח, על גירושיו. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג - ידועים בציבור.

16.4. מות המבוטח.

16.5. **תום תקופת הביטוח בהתאם לסעיף פב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט**

פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 16.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

17. המשכיות

17.1. **סיום ההסכם או ביטולו**

17.1.1. עם סיום ההסכם, לרבות במקרה של ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבטח, וההסכם לא חודש, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל המבוטחים או לחלק מהם, יהיו רשאים המבוטחים לגביהם לא חודש הביטוח לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או הנותנים מענה ביטוחי דומה, או כיסויים פחותים, לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו.

17.1.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 15% מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

17.1.3. המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח, או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

17.1.4. המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים או פחותים מהכלול בפוליסה זו.

17.1.5. מובהר בזאת כי האמור בס"ק 17.1.2 מתייחס לכיסויי ביטוח הדומים או פחותים מאלה בהם היה מבוטח על פי פוליסה זו, ואשר מוצעים באותה עת ע"י המבטח לכלל האוכלוסייה. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

17.1.6. המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.

17.1.7. יובהר בזאת כי המבטח יהיה אחראי וחייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לתקופת ההתיישנות כמוגדר בפוליסה.

17.1.8. מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, וטרם מיצה את מלוא זכאותו בתקופת הביטוח הנוכחית, המבטח יהיה מחויב להמשיך ולשלם לו את תגמולי הביטוח גם לאחר תום תקופת הביטוח, ובתנאי שמקרה הביטוח אירע בתקופת הביטוח הנוכחית.

17.1.9. המבטח אחראי לפנות בכתב לכל מבוטח, ולהציע לו בצורה ברורה את האפשרות להמשך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים דומים או פחותים וההנחה המוצעת.

17.2. **המשכיות הביטוח עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה**

17.2.1. מבוטח שסיים את חברותו אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לבחור לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים לפני סיום עבודתו, ברצף ביטוחי מלא.

17.2.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 15% מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

17.2.3. עם היוודע למבטח על סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב למבוטח על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, בתוך 90 יום מקבלת הודעת המבטח. הודעה כאמור תכלול הסבר ברור לגבי האפשרות להמשך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים דומים או פחותים.

17.2.4. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה מיום סיום חברותו של המבוטח אצל בעל הפוליסה.

17.2.5. המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.

17.3. **המשכיות הביטוח במקרה של גירושין**

17.3.1. בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של חבר-מבוטח עקב גירושין, יהיה זכאי הגרוש/ה לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקבוצתי, ברצף ביטוחי מלא.

17.3.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 15% מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

17.4. **המשכיות הביטוח עבור בני משפחה במקרה של פטירת חבר**

מובהר כי שאיריו של חבר שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו, עד תום תקופת ההסכם, ודמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים.

17.5. **יובהר מעל לכל ספק כי מבוטח שביטל את הפוליסה מיוזמתו, לא יהיה זכאי לתנאי ההמשכיות המצוינים לעיל.**

17.6. **זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת/חל"ד**

חבר שיצא לחופשה ללא תשלום/חופשת לידה (להלן "חל"ת"/"חל"ד"), בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח על פי תנאי פוליסה זו למשך תקופת החופשה, בתעריף הנהוג לכלל מבוטחים, בכפוף לכך שיסדיר עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח.

18. שינויים בפוליסה

18.1. בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.

18.2. לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, וזאת בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה, ובתנאי שערך הסדר ביטוח חלופי למבוטחים עבור יתרת תקופת הביטוח.

18.3. אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, בהסכמה בין המבטח ובעל הפוליסה, יחולו התנאים הקבועים בסעיף 5.11 לעיל, לפי העניין.

19. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל וביטוח נסיעות לחו"ל

חבות המבטח הינה לגבי טיפולים ושירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, אף אם הצורך בביצוע הטיפול הרפואי התגלה בעת שהות המבוטח בחו"ל, ולמעט: השתלות, טיפולים רפואיים מיוחדים, ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח, אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל. יובהר מעבר לכל ספק אפשרי כי הביטוח על פי פוליסה זו אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

20. התיישנות

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

21. חוק הביטוח

הוראות חוק הביטוח התשמ"א-1981 יחולו על פוליסה זו בכל אותם עניינים אשר לא הוסדרו בפוליסה עצמה.

22. הודעות

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום או ע"י דואר אלקטרוני באמצעות אתר החברה באזור הידע האישי. הודעה שתישלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תיחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה. אם חזרה ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין, וזו האחרונה תיחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

23. מקום שיפוט

בתביעות שבין המבוטחים למבטח, מקום השיפוט בכל הקשור או הנובע מפוליסה זו יהיה בכל בית משפט בישראל המוסמך לכך.

24. פרשנות

בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות בכל פרק ו/או בין כל פרק לפרק אחר, אזי יחולו אותן הוראות וייוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מרב החבויות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות הפוליסה על נספחיה יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים ולא כבאות לגרוע מהן.

פרק ד': השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות

1.1. **הוצאות אשפוז:** סך ההוצאות הממשיות בגין אשפוזו של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, כולל בי"ח שיקומי, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח.

1.2. **הוצאות חדר ניתוח:** כל הוצאה עבור שימוש בחדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, לרבות אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ביצוע הניתוח, על פי חיוב של בית החולים.

1.3. **הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שרופא המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

1.4. **השתלה:**

1.4.1. הגדרת השתלה המתייחסת לאיברים הבאים, ואליהם בלבד: ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם (להלן: איבר/איברים), ואשר עונה על 2 התנאים המצטברים הבאים:

א. כריתה והוצאה מגוף המבוטח של אחד או יותר מהאיברים לעיל.

ב. השתלה של איבר שלם במקומם, או הוספת איבר שלם, לאחר שנלקחו מגופו של אדם אחר, ו/או ממקור אחר, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי, ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח או הודפס באמצעים טכנולוגיים אחרים. כמו כן תכוסה עפ"י פרק זה השתלת אונה של כבד או אונה של ריאות שנלקחו מאדם אחר. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח.

1.4.2. השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.

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

1.5. **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי, בכל טכניקה או טכנולוגיה מוכרת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו, או למנוע ביצועו, ובלבד שהטיפול הרפואי אושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא מבוצע.

מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח.

1.6. **טיפול מיוחד בחו"ל:** כל טיפול רפואי, ניתוח, טיפול מחליף ניתוח, או טיפול רפואי המשלב ביניהם, המבוצע בחו"ל ועונה לפחות על אחד מהתנאים הבאים:

1.6.1. אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח.

1.6.2. אי ביצוע הטיפול עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.

1.6.3. הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.

1.6.4. הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, או במחלה גידולית אחרת או במחלה אוטואימונית שעלולה לסכן את חיי המבוטח.

1.6.5. על פי חוו"ד של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח, או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח.

1.6.6. הטיפול הרפואי נועד לטפל בבעיה רפואית שאינה מצוינת לעיל בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:

1.6.6.1. הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהי, ורופא מומחה בתחום בישראל המליץ על ביצוע הטיפול במרכז רפואי בעל התמחות ייחודית בתחום הטיפול הרפואי.

1.6.6.2. טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, ורופא מומחה בתחום בישראל מטעם המבוטח המליץ לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחו"ל אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים.

לעניין בחינת הניסיון בביצוע הטיפול, יבואו בחשבון מספר הטיפולים שבוצעו במרכזים רפואיים בישראל, מול מספר הטיפולים שבוצעו במרכז הרפואי בחו"ל, במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח.

1.6.6.3. על פי הניסיון שנצבר במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח נראה כי סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול בישראל.

1.7. **טיפול/שירות רפואי:** כל טיפול אשר מטרתו מניעה ו/או טיפול ו/או ריפוי ו/או אבחון מצב רפואי, לרבות ובלי למצות טיפולים תרופתיים, השתלות, ניתוחים בארץ או בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח, בדיקות אבחון מכל סוג שהוא, וכל שירות אחר הכרוך בביצועם אשר מכוסה בפוליסה זו, (כגון ומבלי למצות: שירותי אחות וסיוע, טיפולי שיקום, הטסה, הסעה, מגורים, ככל שמצוינים בכיסוי הביטוחי), התייעצויות וחוו"ד עם רופאים מומחים, בדיקות אבחון לסוגיהן.

2. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה בחו"ל, או טיפול מיוחד בחו"ל.

2.1. לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב ביצוע השתלה או טיפול רפואי מיוחד": הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור השתלה או לקבל טיפול רפואי מיוחד, לפי העניין.

2.2. לעניין סעיף זה - המועד הקובע לחבות המבטח הינו המועד בו נמסרה לראשונה למבוטח המלצה בכתב מאת רופא מומחה על הצורך בהשתלה או בטיפול המיוחד.

3. חבות המבטח

3.1. **סכום הביטוח במקרה של השתלה -** המבוטח יהיה זכאי לבחור באחד מבין 2 המסלולים החלופיים הבאים:

3.1.1. **מסלול שיפוי:**

3.1.1.1. **ביצוע השתלה בתיאום עם המבטח**

אם ההשתלה בוצעה בתיאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים

המפורטים בסעיף 3.3 להלן (למען הסר ספק, התקרות הקבועות בסעיף 3.3 להלן, אם נקבעו, לא יחולו במקרה זה).

לעניין סעיף זה "בתיאום עם המבטח" - המבוטח הודיע למבטח מראש על הצורך בביצוע השתלה, ביצוע ההשתלה אושר מראש על ידי המבטח, וההתקשרות עם נותני השירות הרפואי, תיאום ההשתלה, והתשלום עבור ביצוע ההשתלה נעשו ישירות על ידי המבטח. (להלן "בתאום עם המבטח").

3.1.1.2. **ביצוע השתלה שלא בתיאום עם המבוטח**

במקרה של ביצוע ההשתלה שלא בתיאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד 4,500,000₪ לכל מקרה ביטוח, ובהתאם לאמור בסעיף 3.3 להלן, ולתקרות הקבועות בו אם נקבעו.

3.1.1.3. **תנאי לחבות המבטח**

חבות המבטח עפ"י ס' 3.1.1. לשיפוי המבוטח בגין ביצוע השתלה מותנית בהתקיים כל התנאים שלהלן:

3.1.1.3.1. **נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.**

3.1.1.3.2. **מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.**

3.1.2. **מסלול פיצוי חד פעמי מיוחד בגין מחלה קשה:**

המבוטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי המקנה פיצוי כספי במקרה של מצבו הרפואי המחייב ביצוע השתלה, כמפורט להלן:

3.1.2.1. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000₪ בגין מצבו הרפואי המחייב ביצוע ההשתלה.

3.1.2.2. על אף האמור לעיל, הפיצוי לפי סעיף קטן 3.1.2.1 **לא יחול על השתלת קרנית והשתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית.**

3.1.2.3. למען הסר ספק, מובהר כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיף 3.3 להלן.

3.2. **סכום ביטוח במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל:**

3.2.1. אם הטיפול המיוחד בוצע בתיאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 3.3 להלן.

3.2.2. במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד שלא בתיאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי הינו 1,200,000₪ לכל מקרה ביטוח.

3.3. **תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע השתלה בחו"ל או טיפול מיוחד בחו"ל**

3.3.1. **הוצאות הערכה רפואית:**

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות הרפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

למען הסדר הטוב, יובהר כי תכוסה בדיקת ההערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

3.3.2. **הוצאות בגין טיפול רפואי:**

המבטח יישא בהוצאות עבור טיפול רפואי שניתן למבוטח בין במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.3.3. **הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לאיתור האיבר המושתל, קצירת האיבר המושתל, ו/או ביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר המגודל, לרבות ומבלי למצות רכישתו (איבר מלאכותי), הכנתו, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ורישום במאגרים בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל. מובהר כי חבותו של המבטח לאיתור מח עצמות לא תעלה על 210,000 ₪ למקרה ביטוח.

3.3.4. **הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הכרוכות באשפוזו ושהותו בבית החולים, לרבות בית חולים שיקומי, ובכלל זה שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, טיפול תרופתי, שתלים, אביזרים רפואיים וכל טיפול אחר הנדרש לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, או לצורך שיקומו, בהתאם להוצאות בפועל, בין אם האשפוז החל לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, בין אם אחריו, לתקופה מרבית שלא תעלה על 365 ימים.

3.3.5. **הוצאות שימוש בלב מלאכותי:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שימוש של המבוטח בלב מלאכותי עד לביצוע ההשתלה, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.6. **הוצאות הצוות המנתח וחדר ניתוח:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור עלות הצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.7. **הוצאות הטסת המבוטח והמלווה:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות רכישת כרטיסי טיסה עבור המבוטח ומלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד, בהתאם להוצאות בפועל. אם גילו של המבוטח נמוך מ-18 שנה, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאה של כרטיסי טיסה עבור המבוטח ושני מלווים.

3.3.8. **הוצאות הטסת רופא:**

בנוסף לאמור בסעיף 3.3.7 לעיל, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל במבוטח בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

3.3.9. **הוצאות הטסה רפואית:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות הטסה רפואית, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל. הטסה רפואית משמעה - הטסה בשירות מטוסים רגיל, או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ובחזרה לישראל, ובתנאי שרופא מומחה מטעם המבוטח קבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, וההטסה הרפואית הינה אפשרית מבחינה רפואית.

3.3.10. **הוצאות העברה יבשתית:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד, ובמקרה שהמבוטח קטין - שני מלווים, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח, עפ"י ההוצאות בפועל. למען הסר ספק, יובהר כי המבטח יכסה גם הוצאות הנובעות מהעברה באמבולנס, אם הדבר נדרש לפי צורך רפואי.

3.3.11. **הוצאות מגורים וכלכלה:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום של 800₪ ליום. אם גיל המבוטח נמוך מ-18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה 1,500₪ לכל יום. מובהר כי חבות המבטח לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי להשתלה או טיפול המיוחד, כמצוין בס"ק 3.1.1.2 ו-3.2.2 לפי העניין.

3.3.12. **הוצאות המשך טיפולים בחו"ל:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה, או הטיפול המיוחד, או לצורך בקרה עליהם, בהתאם להוצאות בפועל. חבות המבטח לשיפוי הוצאות המבטח עבור המשך טיפול בחו"ל הינה במסגרת החבות הכוללת של המבטח הקבועה בסעיף 3.11 ו3.2 לפי העניין. חבות המבטח על פי סעיף זה הינה בתנאי שלא ניתן לבצע את המשך הטיפול או הבקרה בישראל, ו/או אם ישנה חו"ד של רופא מומחה בכיר בישראל הקובעת כי אי ביצועו בחו"ל עלול לסכן את בריאות המבוטח.

3.3.13. **המשך טיפול בישראל:**

המבטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד, עד לסכום של 250,000₪.

3.3.14. **הוצאות הטסת גופה:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.15. **הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל או לביצוע טיפול מיוחד:**

עלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה. בנוסף יישא המבטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.3.16. בנסיבות שבהן המבוטח יצא לחו"ל לצורך השתלה, וההשתלה לא בוצעה, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי הביטוח הקבועים לעיל, ובתנאי שהוצגו לשביעות רצונו של המבטח כל המסמכים המעידים כי מטרת הנסיעה הייתה לצורך ביצוע השתלה.

3.4. **גמלת החלמה לאחר השתלה בארץ או בחו"ל:**

3.4.1. לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה זכאי המבוטח, בחייו בלבד, לגמלה חודשית כדלקמן:

3.4.1.1. למבוטח מעל גיל 21 תשולם גמלה חודשית בסך 7,500₪, מיום ביצוע ההשתלה, ולמשך תקופה מרבית בת 24 חודשים. למבוטח עד גיל 21 תשולם גמלה חודשית בסך 2,500₪, מיום ביצוע ההשתלה, ולמשך תקופה מרבית בת 24 חודשים.

3.4.1.2. **גמלה עפ"י ס' 3.4.1.1 לא תשולם למבוטח שעבר השתלת מח עצם.**

3.4.1.3. אם אושרה תביעתו של המבוטח לבצע השתלה על פי תנאי פוליסה זו, יהיה זכאי מבוטח שגילו מעל 21 שנים, לקבל תשלום גמלה עוד בטרם בוצעה ההשתלה, למשך 12 חודשים, ובתנאי שתקופת תשלום הגמלה לא תעלה על 24 חודשים בסך הכול. **תנאי לתשלום הגמלה כאמור בס"ק זה הוא כי המבוטח המציא אישור כי הוא נרשם במרכז הלאומי להשתלות בישראל.**

3.4.1.4. יובהר למעלה מכל ספק כי מבוטח שעבר השתלה בארץ יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בס' זה.

3.4.2. מבוטח יהיה זכאי לגמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל, בחייו בלבד, כדלקמן:

3.4.2.1. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול גילו מעל 21 שנים יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 3,500₪ לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם החל ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

3.4.2.2. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול טרם מלאו לו 21 שנים יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 1,750₪ לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

3.5. מבוטח אשר נזקק להשתלה ובשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו, יהיה זכאי לקצבה חודשית בסך של 3,500₪, וזאת לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-6 חודשים, מבוטח כאמור, אשר שוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל בגין התקופה בה היה מאושפז.

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

4. תנאי לחבות המבטח

יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.

5. חריגים לפרק זה

בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יכסה על פי פרק זה:

5.1. השתלות וטיפולים ניסיוניים.

5.2. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלת שתלים דנטליים.

5.3. על פי פרק זה לא יכוסו בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון ו/או לידה.

5.4. לא תכוסה השתלה של איבר שאינו מנוי ברשימת האיברים המצוינת בס' 1.4 בפרק זה. למען הסר ספק, השתלת מסתמים (כגון מסתם לב) או קוצב לב, או השתלת עצם (כגון מפרק ברך או ירך) לא תיחשב כהשתלה לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י פרק זה.

5.5. לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של מבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, אינו מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

5.6. ניתוחים לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים: על אף האמור יכוסו ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים שיש סיבה רפואית לביצועם, על פי המלצה מאת רופא מומחה, לרבות לצורך מניעה להיווצרות בעיה רפואית בעתיד, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורף לביטוח על פי הכללים המצוינים בתנאים הכלליים.

פרק ה': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

בקרות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן, בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

1.1. **טיפול מחליף ניתוח בחו"ל:** טיפול רפואי, בכל טכניקה או טכנולוגיה מוכרת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות, שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו, או למנוע ביצועו, ובלבד שהטיפול הרפואי אושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא מבוצע. מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח.

1.2. **שירותי ניתוח ואשפוז:** שכר יעוץ עם המנתח לפני ואחרי הניתוח, שכר מנתח בבית חולים, שכר יעוץ עם רופא מרדים, עלות רופא מרדים בבית חולים, כיסוי הוצאות חדר ניתוח ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז לרבות שירותי שיקום ושירותי אחות במהלך האשפוז, עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח.

2. מקרה הביטוח

2.1. **ניתוח בחו"ל**

2.1.1. **מקרה הביטוח**

מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח, והמבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל, **ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.**

לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב ניתוח": הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוסס על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור ניתוח.

2.1.2. **תגמולי הביטוח**

המבטח יישא בעלויות עבור ביצוע ניתוח בחו"ל כדלקמן:

2.1.2.1. **שירותי ניתוח ואשפוז:**

2.1.2.1.1. ניתוח שתואם עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז לעניין זה "תיאום עם המבטח": אישור מראש על זכאותו של המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי על פי תנאי פרק זה, התקשרות המבטח עם נותני השירות הרפואי, תיאום מועד מתן הטיפול, **ותשלום לנותן השירות ישירות ע"י המבטח.**

2.1.2.1.2. ניתוח אשר לא תואם מראש עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח בגין שירותי ניתוח ואשפוז, בשיעור של עד 200% מעלות שירותי ניתוח ואשפוז עבור ביצוע ניתוח דומה בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח.

2.1.2.2. **שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים**

המבטח ישפה את המבוטח עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.

2.1.2.3. **שכר יעוץ עם המנתח לאחר שובו של המבוטח לישראל**

המבטח ישפה את המבוטח עבור התייעצות עם הרופא מבצע הניתוח בחו"ל לאחר שובו של המבוטח לישראל, בשיעור 80% ועד 2,500 ₪ להתייעצות. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת על פי סעיף זה.

2.2. **טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל**

2.2.1. **מקרה הביטוח**

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול מחליף ניתוח, והמבוטח בחר לבצעו בחו"ל. לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב טיפול מחליף ניתוח" הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לקבל טיפול מחליף ניתוח.

2.2.2. **תנאי לחבות המבטח**

המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול מחליף ניתוח בכפוף לקיום התנאים המצטברים הבאים:

2.2.2.1. רופא מומחה בישראל או בחו"ל המליץ על ביצוע ניתוח.

2.2.2.2. הטיפול מחליף ניתוח בוצע ע"י רופא מומחה, המורשה על פי חוק במדינה בה מתבצע הטיפול לבצע במבוטח את הטיפול מחליף ניתוח.

2.2.2.3. הטיפול מחליף ניתוח בוצע בבית חולים או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם פועלים.

2.2.3. **תגמולי הביטוח**

2.2.3.1. טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואושר מראש ותואם עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז.

2.2.3.2. טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואשר לא אושר ותואם מראש עם המבטח - השיפוי המרבי בגין הטיפול ו/או סדרת טיפולים, יהיה בשיעור 200% מעלות ביצוע ניתוח, כמצוין באתר האינטרנט של המבטח, אותו בא הטיפול המחליף ניתוח להחליף, אם היה מבוצע בישראל.

2.2.3.3. עלות טיפול מחליף ניתוח יכלול את ההוצאות הבאות:

2.2.3.3.1. שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.

2.2.3.3.2. הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או במרפאה.

2.2.3.3.3. הוצאות אשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המחליף ניתוח, עד לתקרה של 30 ימי אשפוז.

3. הוצאות נוספות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל

בנוסף לאמור בסעיפים 2.1 ו-2.2 לעיל, יישא המבטח בעלות עבור השירותים הבאים:

3.1. **כיסוי להוצאות הטסה:**

במקרה שתקופת האשפוז והשהייה בחו"ל עקב מצבו הרפואי של המבוטח תעלה על 5 ימים, יישא המבטח בתשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ושל מלווה אחד לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח וחזרתם ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, יכסה המבטח הוצאות טיסה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים.

3.2. **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:**

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית מישראל לחו"ל ומחו"ל לישראל, בהתאם לצורך, עד סכום ביטוח מרבי בסך 80,000₪.

3.3. **כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:**

במקרה שתקופת השהות בחו"ל תהיה מעל 5 ימים רצופים, ישתתף המבטח בשיעור 80% מהוצאות השהיה של מלווה אחד שהוצאו בפועל, ועד לסך 1,000₪ ליום, ועד תקרה של 30 ימים. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, ישתתף המבטח בהוצאות שהייה עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, והכול בהתאם לאמור בסעיף זה.

3.4. **כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח:**

המבטח יישא בעלות השהייה של המבוטח בחו"ל, בכפוף לצורך רפואי ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל. הכיסוי יהיה עד לסך של 700₪ ליום, ועד 8 ימי שהייה בחו"ל מיום ששוחרר המבוטח מבית החולים.

3.5. **כיסוי להוצאות הטסת גופה:**

המבטח יישא בעלות הוצאות הטסת גופה לישראל, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.

3.6. **הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל -** מבוטח, אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, או שהחברה קבעה לבקשת המבוטח, כי הכיסוי בגין ניתוח בחו"ל יינתן באמצעות הבאתו של מומחה לביצוע הניתוח בישראל, כתחליף לסעיף השיפוי מול ספק השירות, יהיה זכאי להחזר הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח ובהבאת המנתח המומחה מחו"ל לישראל.

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

4. תנאי לחבות המבטח על פי פרק זה

4.1. תנאי לחבות המבטח לביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, כי המבוטח הינו תושב ישראל, והתגורר בישראל כדרך קבע למעלה מ-180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח.

4.2. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.

4.3. למען הסר ספק מובהר כי תכנית ביטוח זו אינה באה במקום, ואינה כוללת, ביטוח נסיעות לחו"ל.

5. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים, המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, על פי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

5.1. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי, ונועד במישרין או בעקיפין למטרות יופי ו/או אסתטיקה או תיקון קוצר ראיה, ולמעט: ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטח, או ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם BMI גבוה מ-40.

5.2. בדיקות מכל סוג אלא אם כן נעשו לצורך ביצוע ניתוח או במהלכו זריקות/ הזרקות או הזלפות אלא אם בוצעו בחדר ניתוח או במרפאה כירורגית או תחת שיקוף או תחת הרדמה, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפותרמי.

5.3. בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמייה לרבות CT ו-MRI שאינן במהלך ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ובדיקות סקר למיניהן.

5.4. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלת שתלים דנטליים.

5.5. ניתוחים או טיפולים כתוצאה ישירה מפעילות ספורטיבית מקצוענית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה.

5.6. השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בפרק ד'.

5.7. לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של מבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

פרק ו': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות לפרק זה

1.1. **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך על פי מרשם.

1.2. **מרשם:** מסמך רפואי החתום על ידי רופא מוסמך אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד, ובמינון של טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.

1.3. **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי אשר מטרתו לרפא או לטפל או לאבחן או למנוע מצב רפואי, או להקל על הסימפטומים הרפואיים (כולל כאב), שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. מובהר כי תוספי מזון, תרופות הומאופטיות או טיפולים מתחום הרפואה משלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.

ההגדרות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופתי.

2. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב, טיפול תרופתי, באמצעות תרופה העונה בלפחות באחד מהתנאים הבאים:

2.1. **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות**

כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות: (להלן "המדינות המוכרות"): ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

2.2. **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות**

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) הכלולה בסל שירותי הבריאות, שאינה ממומנת באופן מלא ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח, או אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות בישראל לא תחשב כתרופה ניסיונית.

2.3. **תרופה המוגדרת כ-**OFF LABEL

כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה-FDA
2. American Hospital Formulary Service Drug information
3. US Pharmacopoeia Drug Information Drugdex Mlcromedexובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II a

ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B

ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או II a

4. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה-National Guideline שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
   א. NCCN
   ב. ASCO
   ג. NICE
   ד. ESMO Minimal Recommendation

2.4. **תרופת יתום** - מוצר כימי או ביולוגי, המשמש לטיפול במחלה נדירה שמספר החולים בה בארה"ב על פי חוק תרופות היתום האמריקאי (ORPHAN DRUG ACT) אינו עולה על 200,000 נפש (שכיחות של 7.5 חולים לכל 10,000 תושבים), או תרופה לצורך טיפול במחלה בשכיחות גבוהה יותר שהחוק האמריקאי הכיר בה כתרופת יתום מכיוון שהייצור ושיווק התרופה בתחומי ארה"ב אינו מכסה את עלויות המחקר והפיתוח שלה, או על פי חוק המחלות היתומות של האיחוד האירופי (EU Orphan Medicine Regulations) אינו עולה על 190,000 (5 חולים לכל 10,000 תושבים).

2.5. **טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית**

מבלי לפגוע בזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי באמצעות תרופה הכלולה בקריטריונים המצוינים בסעיף 2.4-2.1 לעיל, המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:

2.5.1. תרופה שאושרה לשימוש כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד מכח סעיף 29 א (3) לתקנות הרוקחים (תכשירים) תשמ"ו - 1986.

2.5.2. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים מקובלים לפיהם התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.5.3. תרופה הנמצאת בהליך רישום באחת מהמדינות המוכרות, וישנם לפחות שני פרסומים מדעיים מקובלים לפיהם התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.5.4. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.

2.5.5. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר בהסתמך על אבחון גנטי או גנומי שבוצע במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים.

2.5.6. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ושסווגה ע"י ה-FDA - "תרופה פורצת דרך" ו/או נמצאת במסלול אישור מזורז.

3. **מועד קרות מקרה הביטוח:** המועד בו נקבע לראשונה על פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, כי על המבוטח ליטול את הטיפול התרופתי. יובהר כי מבוטח שקיבל טיפול תרופתי המכוסה על פי פרק זה טרם הצטרפותו לביטוח, וחלפו לפחות 3 שנים מהמועד בו הפסיק המבוטח ליטול את התרופה, ובמועד הצטרפותו לביטוח לא נטל את הטיפול התרופתי, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין אותו טיפול תרופתי בחלוף התקופות הנקובות בסעיף 5 אשר בפרק ב' "חריגים כלליים" בפוליסה, לפי העניין.

4. תגמולי ביטוח

4.1. סכום ביטוח מרבי עבור טיפול תרופתי

4.1.1. הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בסעיפים 2.1-2.4, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך 4,000,000 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.

4.1.2. מבלי לפגוע בזכאותו של המבוטח להשתתפות המבטח על פי האמור בסעיף 4.1.1 לעיל, הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בסעיפים 2.5.1-2.5.6, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך 600,000 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.

4.1.3. יובהר כי המבטח יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול, אף אם תקופת הביטוח תסתיים, או לא תחודש, בין אם אצל המבטח או מבטח אחר.

4.2. השתתפות עצמית

4.2.1. המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל מרשם. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.

4.2.2. למרות האמור, בנסיבות בהן זכאי המבוטח להשתתפות השב"ן בעלות הטיפול התרופתי, יישא המבטח ביתרת עלות התרופה, ללא השתתפות העצמית.

4.2.3. אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 2,500 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

4.2.4. המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.

5. ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן

המבטח יישא בשיעור של 80% מעלות תוספי מזון ויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ועד 1,000 ₪ לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.

6. תנאי לחבות המבטח

יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.

7. חריגים מיוחדים

בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יהיה אחראי לכל תשלום עבור:

7.1. תרופות ניסיוניות. יובהר כי תרופות המכוסות על פי סעיף 2.5 על סעיפי המשנה בו, לא יחשבו כתרופות נסיוניות לעניין פרק זה.

7.2. תרופות לטיפול באין אונות, או תרופות לטיפולי שיניים.

7.3. טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת, וכן תרופות לטיפולי אנטי אייג'ינג, תרופה למטרות דיאטה או מניעת עישון.

7.4. לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של מבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

7.5. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל:

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח לגבולות המדינה, יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

למרות האמור לעיל, במקרה בו המבוטח שוהה בחו"ל לתקופה שלא עולה על 90 יום, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח בגין תרופה, על פי תעריפי עלות התרופה במדינת ישראל.

פרק ז': שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעקבות גילוי מחלה קשה

המבטח ישפה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, עבור הוצאות רפואיות מיוחדות, בכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים כאמור בפרק ב'.

1. **הגדרות לפרק זה:**

הוצאות רפואיות: כל טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, וכן טיפול הנובע ממצבו הרפואי של המבוטח, שניתנו למבוטח בישראל או בחו"ל, לרבות ומבלי למצות, עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז ועבורם נדרש המבוטח לשלם ישירות לבית החולים, שירותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים (השימוש בתוספי מזון וויטמינים יהיה על פי הוראת רופא מומחה בלבד, סכום הביטוח לתוספי מזון וויטמינים לא יעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 4.1.1), טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, אביזרים רפואיים מושתלים חיצוניים או מתכלים, התייעצויות עם מומחים, שירותי מידענות רפואית, בדיקות רפואיות, הוצאות העברה הנדרשות עקב המצב הרפואי לצורך קבלת השירותים כאמור, טיפולים הנובעים ממצב רפואי המכוסה על פי פרק זה כגון הקפאת/ שאיבת זרע / ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן.

2. **מועד קרות מקרה**

מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3. **מקרה הביטוח**

גילוי אחת המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.

א. **איבוד גפיים (Loss of Limbs) -** איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.

ב. **אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech) -** איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול, ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.

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

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;
2. נמק מפושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
4. צהבת, מעמיקה;

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

ה. **אנמיה אפלסטית קשה (Severe Aplastic Anemia)**

כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי מוצרי דם;
2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
4. השתלת מוח עצם.

ו. **גידול שפיר של המוח** (Benign Brain Tumor) – תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.

ז. **דלקת חיידקית של קרום המוח** (Bacterial Meningitis) – דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.

ח. **דלקת מוח** (Encephalitis) – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק נוירולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.

ט. **השתלת איברים** (Organ Transplantation) – ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם וכן השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.

י. **אוטם חריף בשריר הלב** (Acute MYOCARDIAL INFRACTION) – נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להיתמך ע"י שני הקריטריונים הבאים במצטבר:

1. בדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין מעבר לערכי הנורמה, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים.
2. קיומה של לפחות אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים באק.ג. האופייניים לאוטם.

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

יב. **טרשת נפוצה** (Multiple Sclerosis) – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית לפחות לאירוע אחד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

יג. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני** (Primary Pulmonary Hypertension) – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 ממ"כ או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 ממ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

יד. **כוויות קשות** (SEVERE BURNS) – פצע, צריבה בעור הגוף שנגרמו ע"י נגיעה באש או בחומר או נוזל חם/קפוא, או נגיעה בחומר כימי אשר גרמו לכוויות מדרגה שלישית בלפחות 20% משטח פני הגוף.

טו. **מחלת כבד סופנית (שחמת)** (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease) – מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

1. צהבת;
2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
4. אנצפלופטיה כבדית;
5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספלניזם.

טז. **מחלת ריאות חסימתית ורסטרקטיבית כרונית** (Chronic Abstractive and Restrictive Lung Disease)- מחלת ריאות חסימתית סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 ממ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 ממ"כ.

או מחלה ריאתית סופנית עם הפרעה רסטרקטיבית קשה בתפקודי הריאה.

יז. **ניוון שרירים** (MUSCULAR DISTROPHY) - עדות לפגיעה משולבת בנוירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG ואופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת ומתקדמת. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

יח. **החלפה או תיקון מסתמי לב** (Valve Replacement or Repair)

כל פרוצדורה שנועדת לשם תיקון או החלפה של אחד או יותר ממסתמי הלב.

יט. **ניתוח אבי העורקים** (Aorta)

ניתוח או צינתור בהם מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.

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

כא. **ניתוח גדול** - ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה צווארי או גבי - מותני, ניתוח להחלפה מלאה, חלקית או תיקון של מפרק ירך, מפרק ברך, מפרק כתף, או הקרסול.

כב. **סוכרת נעורים מסוג** MELLITUS - DIABETES - סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקרינולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה טרם מלאו לו 18 שנה.

כג. **סרטן** (cancer)

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

מחלת הסרטן תכלול גם לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

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

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

כו. **פגיעה מוחית כתוצאה מתאונה** (Brain Damage) - פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

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

כח. **פרקינסון** (Parkinson's Disease) - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.

כט. **צפדת (טטנוס) (Tetanus) –** מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.

ל. **קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy) –** מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקולNew York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

לא. **שבץ מוחי (CVA) –** כל אירוע מוחי (צרברווסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה.

לב. **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis) –** איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

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

לד. **תשישות נפש (Dementia) –** פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 60 יום.

הגדרת המחלות: גידול שפיר של המוח, השתלת איברים, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, החלפה או תיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, ניתוח מעקפי לב, שבץ מוחי, עיוורון, סרטן, דלקת חיידקית של קרום המוח, דלקת מוח, פרקינסון ותשישות נפש נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות" 2015-1-17.

4. תגמולי הביטוח

4.1. **בנוסף, ולאחר מיצוי זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה,** יהיה זכאי המבוטח להשתתפות המבטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך 50,000₪, עבור הוצאות רפואיות שבוצעו בישראל או בחו"ל, אותם שילם המבוטח במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. במקרה של גילוי מחלת הסרטן סכום הביטוח המרבי יהיה 100,000₪.

4.2. מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, ואירע מקרה ביטוח נוסף, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו בסכום הנותר עד תקרת הכיסוי. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 4.1, לפי העניין, בכל תקופת הביטוח.

פרק ח': ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

1. הגדרות לפרק זה

1.1. **בית חולים פרטי:** אחד מאלה:

1.1.1. 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;

1.1.2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשוהו 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 הממשלה, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;

1.5. **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או 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:** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994;

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

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

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

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

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

2. מקרה הביטוח

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

3. הכיסוי הביטוחי

פוליסת ניתוחים על פי פרק זה תכלול כיסוי למקרים אלה בלבד:

3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

אם בחר המבוטח לבצע התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם - ישפה המבטח את המבוטח עד לתקרה של 1,500 ₪ לכל התייעצות.

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; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף, וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הינה עפ"י הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח. בכתובת:www.harel-group.co.il.

3.5. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור **מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.**

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

4. תקופת אכשרה

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

5. חריגים לכיסוי

פוליסת ניתוחים תחריג מכיסוי את המקרים האלה:

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

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

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

5.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

5.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

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

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

5.6. 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;

5.7. מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;

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

5.9. 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.

5.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאין 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.

פרק ח'(1): ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – במסלול משלים שב"ן

זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח עפ"י "מסלול משלים שב"ן" מותנית במיצוי זכאותו במסגרת תכנית שב"ן מוכרת בה הוא חבר, כמפורט להלן.

המבוטח יפנה תחילה לשב"ן בו הוא חבר, וימצה את זכאותו בהתאם לתנאי השב"ן. לאחר מכן, ומוקדם ככל שניתן, יעביר המבוטח למבטח את אישור הזכאות הכתוב שקיבל מהשב"ן.

יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.

1. הגדרות לפרק זה:

1.1. **בית חולים פרטי:** אחד מאלה:

1.1.1. 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;

1.1.2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשוהו 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 אחרין;

1.3. **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.

1.4. **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.

1.5. **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;

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

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

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

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

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

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

2. מקרה הביטוח

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

3. הכיסוי הביטוחי

פוליסת ניתוחים על פי פרק זה תכלול כיסוי למקרים אלה בלבד:

3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

3.2. אם בחר המבוטח לבצע התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם, ישפה המבטח את המבוטח עד לתקרה של 1,500 ₪ לכל התייעצות.

3.3. שכר מנתח;

3.4. 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;

3.5. טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף, וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הינה עפ"י הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח, בכתובת: www.harel-group.co.il.

4. תגמולי ביטוח:

4.1. בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, עבור ניתוחים פרטיים בישראל. הכיסוי כאמור יינתן עד לתקרת ספקים בהסכם עפ"י הסכומים שמופיעים באתר האינטרנט של המבטח.

4.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת), יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו עד לסכום ההפרש שבין זכאותו לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בס' זה, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות המבטח על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

4.3. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן), או אם הניתוח בוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסדר ניתוח עם השב"ן (רופא, מוסד רפואי, ספק ציוד, אביזרים, או שתלים בהם נעשה שימוש במהלך הניתוח), או במקרה שהמבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 3 לעיל, **והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.**

5. תקופת אכשרה

5.1. תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות הינה בת 90 ימים.

5.2. לגבי הריון או לידה תהיה תקופת האכשרה בת 12 חודשים.

6. חריגים לכיסוי

פוליסת ניתוחים תחריג מכיסוי את המקרים האלה:

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

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

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

6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

6.6. 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 שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;

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

6.9. 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.

7. הצטרפות ל"ביטוח ניתוחים מ"שקל הראשון" במקרה של ביטול השב"ן

7.1. מבוטח שהצטרף לביטוח במסלול "משלים שב"ן" עפ"י פרק זה, ובמועד הצטרפותו היה חבר בתכנית שב"ן, ובמהלך תקופת הביטוח הסתיימה חברותו בשב"ן מסיבה כלשהי, והמבוטח לא חידש חברותו באותה תכנית שב"ן או לא הצטרף לתכנית שב"ן אחרת, יהיה זכאי לרכוש את פוליסה ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון, במסגרת פוליסה פרטית, הכוללת את הכיסויים הביטוחיים המצוינים בפרק זה. ההצטרפות לפוליסה ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון תהיה ברצף ביטוחי מלא, ותיכנס לתוקפה בדיעבד ממועד בו הסתיימה החברות בשב"ן.

7.2. מובהר ומוצהר כי הזכאות להצטרף לפוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון, ברצף ביטוחי מלא, מותנית בכך שהוגשה בקשת הצטרפות תוך 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן כפי שמצוין בהודעת הביטול שנשלחה למבוטח ע"י השב"ן.

7.3. בקשת הצטרפות לביטוח ניתוחים מהשקל הראשון לאחר 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן, כרוכה במילוי הצהרת בריאות ואישור מפורש מאת המבטח על קבלתו לביטוח.

7.4. דמי הביטוח החודשיים עבור פוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון יהיו על פי התעריף המוצע לכלל האוכלוסייה ע"י המבטח, בהתאם למגדר וגיל המבוטח במועד הרכישה.

8. מובהר ומוצהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה על פי התנאים הקבועים בפרק זה, ואינה מותנית באישור קופ"ח, השב"ן או כל מבטח אחר, וכי הוראות קופות החולים ו/או תכניות השב"ן ותנאיהן לא יחולו על פרק זה.

פרק ט': שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל

1. מקרה הביטוח

שירות רפואי או שיקומי שניתנו למבוטח בישראל, לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל במהלך תקופת הביטוח בישראל.

2. תנאי לחבות המבטח

2.1. הזכאות לתגמולי ביטוח הינה לגבי טיפולים המצוינים להלן, והם בלבד, שניתנו למבוטח במהלך האשפוז או לאחר השחרור מבית חולים או המרפאה הכירורגית בישראל, במהלכו בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ועד התקופה הקבועה בכל סעיף, (להלן "תקופת הזכאות").

2.2. בנסיבות בהן יבוצע ניתוח חוזר עקב אותה בעיה רפואית, תסתיים תקופת הזכאות במועד ביצוע הניתוח החוזר. לאחר ביצוע הניתוח החוזר תמנה תקופת הזכאות מחדש.

2.3. יובהר כי אם במהלך האשפוז בוצעו מספר ניתוחים, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח עבור שירותים שניתנו לו לאחר שחרורו מאשפוז, פעם אחת, ועד התקופה הקבועה בכל סעיף, לפי העניין.

3. תגמולי ביטוח

המבטח יישא בעלות שירותי אשפוז או שיקום, כמפורט להלן:

3.1. **שכר אח/אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח**

המבטח ישתתף בשיעור 80% בעלות שירותי אחות פרטית, שירותי שמירה וכוח עזר בעת שהותו של המבוטח בביה"ח בישראל, שלא ע"י בן משפחה, עד 320₪ לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

3.2. **סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח בבית חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח**

3.2.1. מבוטח שגילו עד 67 שנים, שאושפז בבית חולים בישראל לצורך ניתוח או טיפול רפואי אחר, **שאינם קשורים בלידה ו/או ניתוח קיסרי,** המרוחק מעל 80 ק"מ ממקום מגוריו, לתקופה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לשיפוי בשיעור 80% עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה, במלונית או בית מלון, הסמוך לבית החולים למשך תקופת האשפוז, ולא יותר מ-400₪ לכל יום, לכלל בני המשפחה, החל מיום האשפוז החמישי (5) ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה.

3.2.2. הזכאות הינה עד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.

3.2.3. **מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או בבית החלמה.**

3.3. **עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי**

המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח הנמצא בישראל לבית חולים בישראל וממנו או בין בתי חולים בישראל, לצורך ביצוע ניתוח או אחריו, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה. **יובהר כי על פי סעיף זה לא תכוסה עלות העברת מבוטח הנמצא בחו"ל לישראל.**

3.4. החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר

אם בוצעו במבוטח: ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב, או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבטח בהוצאות ההחלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 750₪ לכל יום החלמה, לתקופה שלא תעלה על ארבעה עשר ימים, בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים, או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

3.5. שירות למבוטח המרותק לביתו, לאחר ביצוע ניתוח

בנוסף לזכאותו של המבוטח להשתתפות המבטח עבור השירותים והטיפולים על פי פרק זה, מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים, אשר שוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, ובמועד שחרורו נמצא כמי שמרותק לביתו, יהיה זכאי להשתתפות בשיעור 80% ועד 5,000₪ עבור השירותים המצוינים להלן בלבד, שניתנו לו במקום מגוריו, במהלך 90 ימים ממועד השחרור מבית החולים, ועד הסכומים הקבועים בכל סעיף לפי העניין.

3.5.1. שירותי אחות פרטית

שירותי אחות בבית המבוטח, לצורך טיפול בפצעים, הוצאת תפרים, ניטור מדדים, החלפת עירוי, הכנסה או החלפה קטטר, זונדה, שטיפת צנתרים וכדומה, עד 250₪ לכל ביקור.

3.5.2. שירות רופא בבית

בדיקה וביקורת תקופתית ע"י רופא בבית המבוטח, בהתאם לתוכנית הטיפול ולפי הצורך, מתן תרופות, זריקות וכו' עד 350₪ לכל ביקור.

3.5.3. שירות טיפול וסיוע תפקודי

מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים, ששוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח או השתלה, ונמצא כמי שמרותק לבית לתקופה העולה על 30 ימים שתחילתה במועד שחרורו מבית החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבטח עד 180₪ לכל יום, עבור הוצאותיו בגין טיפול וסיוע תפקודי שניתנו ע"י מטפל/ת שאינו בן משפחה של המבוטח.

לעניין זה "ריתוק לבית": מבוטח ייחשב כמי שמרותק לביתו אם מפאת מצבו הרפואי או התפקודי שוהה בביתו ברוב שעות היממה וזקוק לעזרת הזולת לצאת מביתו, או זקוק להשגחה מתמדת של אדם אחר בהיותו מחוץ לביתו, או נזקק להשתמש באופן קבוע בכיסא גלגלים בעת שהותו מחוץ לביתו, או ישנה התוויה רפואית המצביעה כי יציאה מהבית יש בה סיכון משמעותי להחמרה במצב בריאותו של המבוטח.

פרק י': מרפאת מומחים ובדיקות אבחון

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א', תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצידם:

1.1. **בדיקה פתולוגית:** כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצות, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף, תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.

1.2. **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה -אולטרסאונד (S.U), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) מכל סוג שהוא, מיפוי, PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, כל פעולה חדירתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מטעם המבוטח לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה במועד ביצועה אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן, לרבות בדיקות גנטיות, בדיקות אונקוגנטיות, בדיקות גנומיות, וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבוטח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבוטח. על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח ע"י מומחה או מעבדה בחו"ל, או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חו"ד של רופא מומחה מטעם המבוטח מומלץ לבצען בחו"ל. כמו כן יכוסו בדיקות לצורך מניעת מחלה מניעת הישנות המחלה או החמרתה שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבוטח, בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבוטח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו'). **יובהר כי על פי הגדרה זו לא יכוסו בדיקות הריון מכל סוג שהוא. כמו כן לא יכוסו בדיקות סקר מנהלים, ולא יכוסו בדיקות מניעה מכל סוג, אלא על פי המלצה בכתב מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.**

1.3. **מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.

1.4. **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.

1.5. **רופא מומחה:** רופא שהוסמך ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע יעוץ רפואי או בדיקה רפואית אבחנתית במהלך תקופת הביטוח.

3. מרפאת מומחים

3.1. **התייעצות עם רופא מומחה**

3.1.1. מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה, וכן ייעוץ ברפואה ראשונית הניתנים ע"י רופא מומחה (רופא משפחה מומחה או רופא ילדים מומחה).

3.1.2. עבור התייעצות עם רופא מומחה יהיה זכאי המבוטח להשתתפות המבטח בשיעור 80% ועד 800₪ לכל התייעצות.

3.1.3. אם בוצעה ההתייעצות באמצעות רופא מומחה אשר בהסדר עם השב"ן, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית, יישא המבטח במלוא עלות ההשתתפות העצמית.

3.1.4. המבוטח יהיה זכאי לעד 3 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.

3.1.5. מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה לה זכאי המבוטח בפרק או סעיף אחר בפוליסה זו, לא תבוא במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.

3.1.6. יובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות במהלכה ניתנה חו"ד רפואית לצורך מיצוי זכויות ביטוחיות או משפטיות.

3.2. שירות "רופא מלווה"

3.2.1. מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מעלות עבור שירותי "רופא מלווה" ועד 2,500₪, פעם אחת בתקופת הביטוח.

לעניין סעיף זה "רופא מלווה": רופא מומחה המנהל את תהליך הטיפול הרפואי ובכלל זה: אבחון ומתן מידע ראשוני לאחר בדיקה רפואית ובחינת מסמכים ובדיקות רפואיות קודמות, הכוונה והפניה לרופאים מומחים ובדיקות אבחוניות המתאימים למצבו הרפואי של המבוטח, מעקב אחר תהליך הבירור או הטיפול הרפואי יעוץ וליווי המבוטח בתהליך, ריכוז הממצאים, הסבר למבוטח לגבי הממצאים, מסקנות, כתיבת דו"ח מסכם, והמלצות להמשך טיפול.

3.2.2. תנאי לחבות המבטח

3.2.2.1. שירות רופא מלווה יכלול לפחות 3 פגישות יעוץ פרונטליות עם הרופא המלווה במהלך 3 חודשים מתחילת השירות.

3.2.3. חריגים לפרק זה - לא יכוסו עפ"י פרק זה:

3.2.3.1. בעיות בהתפתחות הילד.

3.2.3.2. טיפול פסיכיאטרי יעוץ במהלך אשפוז של המבוטח בבית חולים.

3.2.3.3. טיפולים למטרות יופי ואסתטיקה.

3.2.3.4. פוריות, הריון או עקרות.

3.2.3.5. טיפולים ברפואה משלימה.

3.3. חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים ציבורי.

המבטח ישתתף בעלות חוות דעת שניה, פעם אחת בכל אשפוז, עם רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח, בעת שהותו באשפוז, בשיעור של 80% ועד 2,500₪.

3.4. חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

3.4.1. המבטח ישתתף בשיעור של 80% מההוצאה עבור התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, אך לא יותר מ-7,000₪ פעם אחת בכל תקופת הביטוח.

3.4.2. תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.

3.4.3. במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 1000₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.

3.4.4. יובהר כי במסגרת סעיף זה יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות ומבלי למצות: איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.

3.4.5. **יובהר כי חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור.**

4. בדיקות אבחוניות

4.1. בדיקות רפואיות אבחנתיות

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות, אשר בוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו. חבות המבטח הינה עד 10,000₪ לכל הבדיקות שבוצעו בכל שנת ביטוח.

יובהר כי חלקו של המבוטח בעלות הבדיקה לא יפחת מ-250₪ לכל בדיקה.

4.2. בדיקות גנטיות או גנומיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה

המבטח ישתתף במלוא עלות אבחון מולקולארי, בדיקות גנטיות או גנומיות שבוצעו במעבדה מורשית ע"י הרשות המוסמכת במדינה בה היא פועלת, על סמך הפניה של רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו, עד לתקרה של 40,000₪.

4.3. חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות התייעצות עם רופא מומחה, או פרמקולוג, או גנטיקאי, או רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה, עד לסך 800₪ עבור כל התייעצות.

5. שירותי אבחון מהיר

5.1. מבלי לפגוע בזכאותו של המבוטח על פי סעיפים 3 ו-4 לעיל, מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מעלות עבור שירותי "אבחון מהיר" פעם אחת בכל שנת ביטוח. למרות האמור חלקו של המבוטח בתשלום (ההשתתפות העצמית) עבור שירות "אבחון מהיר" לא יעלה על 600₪.

5.2. לעניין סעיף זה "שירות אבחון מהיר" שירות הניתן במסגרת בית חולים פרטי בישראל הכולל:

5.2.1. שירות "רופא ממיין" הכולל פגישת יעוץ ובכוונה רפואית הכוללת בין היתר איסוף מידע ואבחון ראשוני, הפניה להתייעצות עם רופא/ים מומחה/ים בהתאם לבעיה הרפואית של המבוטח ו/או הפניה לביצוע בדיקות אבחוניות.

5.2.2. התייעצות עם רופא/ים מומחה/ים.

5.2.3. ביצוע בדיקות אבחון ופיענוחן.

5.2.4. פגישת סיכום עם רופא הממיין ומתן המלצות להמשך טיפול.

5.3. תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה.

המבטח ישתתף בעלות השירות אך ורק בהתקיים התנאים שלהלן:

5.3.1. פגישת היעוץ הראשונה עם הרופא הממיין תואמה תוך 3 ימי עסקים ממועד פנייתו של המבוטח לקבל את השירות, והאבחון בוצע והושלם תוך 7 ימי עסקים ממועד פגישת היעוץ הראשונה עם הממיין.

5.3.2. השירות ניתן ע"י בית החולים פרטי בישראל או ע"י נותני שירות אשר בהסכם איתו.

5.3.3. התשלום עבור השירות במלואו שולם לבית החולים הפרטי.

5.3.4. יובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי נוסף בגין שירות זה, על פי סעיף אחר בפרק זה או בפוליסה.

6. חריגים לפרק זה:

6.1. טיפולים מתחום הרפואה המשלימה. כמו כן על פי סעיף זה לא יינתן כיסוי עבור תוספות מזון ו/או ויטמינים.

6.2. טיפולים הקשורים או כתוצאה של הריון או לידה.

6.3. טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.

6.4. טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.

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

6.6. טיפולים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ופרק ח - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

7. תקופת אכשרה לפרק זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק יא': הוצאות רפואיות נוספות

1. מקרה הביטוח:

ביצוע טיפול רפואי או שירות רפואי במהלך תקופת הביטוח. יובהר כי הכיסוי הביטוחי כולל את הטיפולים והשירותים המפורטים בס' 3 להלן, ואותם בלבד.

2. **חבות המבטח הינה בכפוף לתנאים, המכסות וגבולות האחריות המצוינים לגבי כל טיפול או שירות רפואי המפורטים בסעיף 3 להלן.**

2.1. המבטח ישתתף בעלות הטיפולים המכוסים בשיעורים המצוינים להלן, ועד הסכום המרבי לכל טיפול לפי העניין:

2.2. **אם שולמו למבוטח מלוא תגמולי הביטוח עפ"י סעיף מסוים בפרק זה, בשל מיצוי מכסות הטיפולים הקבועות בו, או מיצוי תקרת ההחזר, ימשיך המבוטח לשלם את מלוא דמי הביטוח אולם לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי אותו סעיף.**

3. רשימת הטיפולים המכוסים

3.1. אביזרים רפואיים

3.1.1. המבטח ישתתף בעלות 60% מרכישת רכישת אביזרים רפואיים שנרכשו במהלך תקופת הביטוח עפ"י המלצה בכתב מאת רופא מומחה, עד לתקרה של 7,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.

חריגים:

3.1.1.1. לא יכוסו עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.

3.1.1.2. לא יכוסו משקפיים או עדשות. למרות האמור במקרה של קוצר ראייה מעל 7 או אסטיגמטיזם ("צילינדר") אצל ילדים יכוסו העדשות בלבד. כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים מיקרוסקופיים.

3.1.1.3. לא יכוסו נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים במחלה ראומטית, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים, כמו כן יכוסו נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס.

3.1.1.4. לא יאושר אביזר לצורך טיפול ניסיוני או המבוסס על טכנולוגיות ניסיוניות.

3.1.1.5. הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, (קרי הזכאות להשתפות עבור רכישת מדרסים בפעם השניה, תהא בחלוף שנתיים לפחות מהמועד בו נרכשו המדרסים בפעם הראשונה) וסכום ההחזר לא יעלה על 400 ₪ בכל פעם.

3.1.2. תקופת אכשרה

תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תאריך תחילת הביטוח של אותו מבוטח.

3.2. **מנוי למשדר קרדיולוגי**

המבטח ישתתף בעלות של 80% מההוצאה בפועל עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדיולוגי, עקב אירוע רפואי כמפורט להלן, שאירע או אובחן במבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 160₪ לכל חודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים:

3.2.1. המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך שלושה חודשים טרם רכש מנוי לשירות.

3.2.2. אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או השתלת לב.

3.2.3. המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו על פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטח.

3.2.4. **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.**

3.3. **שיקומית (טיפולי שיקום שלא לאחר ניתוח)**

3.3.1. **שיקום דיבור וראיה (שלא לאחר ניתוח)**

המבטח ישתתף בעלות של 80% מההוצאה בפועל עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראיה שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, עד לסכום של 120₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

3.3.2. **התעמלות שיקומית (שלא לאחר ניתוח)**

המבטח ישתתף בעלות עבור התעמלות שיקומית לאחר אירוע רפואי שאירע במהלך תקופת הביטוח, עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 180₪ לכל חודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

3.3.3. **טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום (שלא לאחר ניתוח)**

המבטח ישתתף בעלות של 80% מההוצאה בפועל עבור טיפול פיזיותרפי/הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים, שניתנו למבוטח, עד לסכום של 250₪ לכל טיפול, עד 10 טיפולים. בכל שנת ביטוח. לאחר ביצוע ניתוח יהיה זכאי המבוטח ל-10 טיפולים נוספים במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע הניתוח. טיפולים הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3.3.4. **חריגים**

3.3.4.1. **על פי סעיף זה לא יכוסו אבחונים או טיפולים בהתפתחות הילד או טיפול בליקויי למידה המכוסים בסעיף 4.5.**

3.3.4.2. **טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.**

3.3.5. **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.**

3.4. **בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות**

3.4.1. **בדיקות לנשים בהיריון**

המבטח ישתתף ב80% מעלות בדיקה שבוצעה בגופה של מבוטחת במהלך תקופת הביטוח, לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהיריון, תקינות ההיריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, עד לסכום של 3,000₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל היריון.

במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 5,000₪ לכל היריון.

3.4.2. בדיקות גנטיות טרום היריון

המבטח ישתתף ב-80% מהעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום היריון לשלילת מומים מולדים, שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח. **הזכאות הינה בגין בדיקה שהמבוטח/ת אינו/ה זכאי/ת לה במסגרת סל הבריאות הממלכתי.** הזכאות הינה עד ל-1,250 ₪ לכל מבוטח/ת, פעם אחת בתקופת הביטוח.

3.4.3. טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

3.4.3.1. המבטח ישתתף ב-80% מהעלות של טיפולי פוריות או הפריה שבוצעו בגופה של מבוטחת שטרם מלאו לה 45 שנים, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית, עד לסכום של 10,000 ₪ עבור כלל הניסיונות להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק) שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד.

3.4.3.2. הכיסוי על פי סעיף זה כולל את כל המרכיבים והשלבים בביצוע טיפול הפוריות או ההפריה, לרבות: בדיקה אבחונית, עלות טיפול תרופתי, הזרעה תוך רחמית או שאיבת ביציות, ביצוע ההפריה, והחזרת עוברים לגופה של המבוטחת, וכן עלות השגת תרומת ביצית לצורך ביצוע ההפריה במידת הצורך.

3.4.3.3. המבטח ישתתף ב-80% מהעלויות עבור טיפולים לפריון הגבר, ובכלל זה פרוצדורות כירורגיות להוצאת תאי זרע מגופו של המבוטח והשבחתם שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עד 10,000 ₪.

3.4.3.4. **יובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה עבור טיפול שבוצע בגופו/ה של המבוטח/ת בלבד במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד. יובהר כי שני בני זוג מבוטחים יהיו זכאים לסכום ביטוח של 10,000 ₪ יחדיו.**

3.4.4. ניתוח לצורך פריון והפריה

המבטח יישא במלוא העלות הכרוכה בביצוע ניתוח לצורך פריון והפריה אשר אינו מכוסה על פי פרק הניתוחים. **יובהר כי טיפולי פריון והפריה הכלולים בסעיף 3.4.3 לא יכוסו על פי סעיף זה.**

3.4.5. מעקב הריון

המבטח ישתתף ב-80% מהעלות עבור ביקור המבוטחת אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, עד לסכום של 400 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.

3.4.6. שמירת הריון באשפוז

מבוטחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסכום של 100 ₪ לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז ה-14. בכל מקרה, סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה לא יעלה על 5,000 ₪ לכל הריון.

3.4.7. אם פונדקאית

יובהר כי הזכאות על פי סעיף 3.4 - בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית **בנסיבות בהן נבצר מהמבוטחת להיכנס להריון עקב בעיה רפואית.**

3.4.8. חריגים

3.4.8.1. על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

3.4.8.2. לא יכוסו טיפולים המכוסים על פי פרק הניתוחים.

3.4.9. **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 9 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.**

3.5. **כיסוי מיוחד לילדים**

3.5.1. **בעיות הרטבה לילדים**

המבטח ישתתף ב-80% מעלות של עד שני טיפולים לכל ילד מבוטח למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 700 ₪ לטיפול.

3.5.2. **אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה**

3.5.2.1. המבטח ישתתף ב-80% מעלות שירותי אבחון למבוטח שגילו עד 18 שנים, שבוצעו ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת BRC, TOVA, עד לסכום של 1,200 ₪. הזכאות הינה פעם אחת לכל תקופת ביטוח.

3.5.2.2. המבטח ישתתף בעלות עבור אבחון נוסף למבוטח שגילו עד 18 שנים, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והמבוטח מטופל תרופתית, ועד לסכום של 1,800 ₪.

3.5.3. **טיפול בבעיות התפתחות בילדים**

3.5.3.1. המבטח ישתתף ב-80% מעלות טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה שאובחנו אצל מבוטח עד גיל 18, המבוצעים על ידי: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג, עד לסכום של 120 ₪ לטיפול, ולא יותר מ-30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

3.5.3.2. לעניין סעיף זה "בעיות בהתפתחות הילד" - פגיעה, תפקוד לקוי, או עיכוב בתפקוד פיזי או נפשי או קוגניטיבי בהתאם לגילו של המבוטח.

3.5.3.3. חריגים

3.5.3.3.1. על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

3.5.3.3.2. לא יכוסו טיפולים ניסיוניים.

3.5.3.4. **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 12 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.**

3.6. **יעוץ/טיפול פסיכולוגי/פסיכיאטר/עובד סוציאלי**

3.6.1. המבטח ישתתף ב-80% מהעלות עבור יעוץ ו/או טיפול שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכיאטר ו/או עובד סוציאלי, עד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח ועד 250 ₪ לכל טיפול.

3.6.2. **תנאי לחבות המבטח**

3.6.3. **תנאי לחבות המבטח כי המבוטח יצרף אישור חתום ע"י המטפל בלבד, המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול, ועלות הטיפול.**

3.6.4. **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.**

3.7. רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי

3.7.1. המבטח ישתתף ב-80% מעלות טיפולים ברפואה משלימה שבוצעו בפועל במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 120 ₪ לטיפול או התייעצות. המבוטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:

3.7.1.1. הומיאופתיה.

3.7.1.2. אקופונקטורה.

3.7.1.3. כירופרקטיקה.

3.7.1.4. אוסטאופתיה.

3.7.1.5. רפלקסולוגיה.

3.7.1.6. שיאצו.

3.7.1.7. ייעוץ דיאטטי.

3.7.1.8. שיטת פלדנקרייז.

3.7.1.9. ביו-פידבק.

3.7.1.10. נטורופתיה.

3.7.1.11. הרבולוגיה.

3.7.1.12. שיטת פאולה.

3.7.1.13. שיטת אלכסנדר.

3.7.1.14. שיטות טיפול אחרות המוצעות ע"י מכוני הסדר ומוכרות ע"י תכנית השב"ן באותה קופות החולים.

3.7.2. תנאי לחבות המבטח

3.7.2.1. השתתפות המבטח עבור שירותי רפואה משלימה מותנית בקבלת אישור מרופא המטפל על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.

3.7.2.2. תנאי לחבות המבטח כי המבוטח יצרף אישור חתום ע"י המטפל המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול, ועלות הטיפול.

3.7.3. חריגים

3.7.3.1. לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל.

3.7.3.2. לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.

3.7.3.3. לא יינתן שיפוי עבור ביצוע טיפול שאינו נמנה על רשימת הטיפולים המצוינת בס"ק 3.7.1.

3.7.4. **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.**

3.8. טיפול לריפוי או הקלה בכאב

3.8.1. המבטח ישתתף ב-80% מהעלות עבור טיפול או סדרת טיפולים להקלה או טיפול בכאב, עד לסך של 10,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.

לעניין סעיף זה "טיפול בכאב": טיפולים לצורך הקלה בכאב, או טיפולים בסימפטומים של מחלה, פגיעה, פגם או עיוות אצל המבוטח, באמצעות טכנולוגיות

מכל סוג שהוא, לרבות ומבלי למצות: באמצעות טיפול תרופתי, הזרקות או הזלפות חומרים משככי כאב, לרבות תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלם רדיו או לייזר מכל סוג שהוא, השתלת קוצב או משאבה, טיפול בתא לחץ, או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, עפ"י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב, או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

3.8.2. **תנאי לחבות המבטח**

תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה הוא כי המבוטח יפנה אל המבטח ויקבל אישור מראש בטרם קבלת הטיפול. קבלת אישור המבטח מראש היא תנאי מהותי לאחריותו.

3.8.3. **חריגים:**

3.8.3.1. טיפולים מתחום הרפואה המשלימה. כמו כן על פי סעיף זה לא יינתן כיסוי עבור תוספות מזון ו/או ויטמינים.

3.8.3.2. טיפולים הקשורים או כתוצאה של הריון או לידה.

3.8.3.3. טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.

3.8.3.4. טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.

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

3.8.3.6. טיפולים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ופרק ד'- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

3.8.4. **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.**

3.9. **טיפולים בתא לחץ**

3.9.1. המבטח ישתתף ב-80% מהוצאות עבור טיפולים בחמצן בעל לחץ במצב רפואיים שאין לגביהם הוריה קלינית לטיפול במסגרת סל הבריאות, עד ל-30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח, ועד 250₪ לכל טיפול, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

3.9.2. **חריגים:**

3.9.3. **טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.**

3.9.4. **טיפולים למטרות מחקר או טיפולים ניסיוניים, לרבות טיפולים שלביצועם נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.**

3.9.5. **טיפולים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי ופרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל. פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.**

3.10. **שירותי סיוע באשפוז (שלא לצורך ניתוח)**

המבטח ישתתף בשיעור של 80% בעלות שירותי אחות פרטית, שירותי שמירה וכוח עזר, שלא ע"י בן משפחה, בעת שהותו של המבוטח בביה"ח בישראל, עד 320₪ לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר האשפוז, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

סטודיו הראל 19588.4

פרטי התקשרות

מוקד שירות לקוחות הראל
1-800-44-5000
אבא הלל 3, בית הראל,
ת.ד 1951, רמת גן 5211802



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

הראל
ביטוח ופיננסים

אתר הראל: www.harel-group.co.il