



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי חברת זומאינפו ובני משפחותיהם

עובדת ועובד יקרים,

לנו בזמאיןפו ישראל אכפת מהבריאות שלך ושל המשפחה שלך ואנו שמחים לבשר על הטבת ביטוח בריאות חדשה.

בחודשים האחרונים ערכנו הליך בדיקה מעמיק של הכיסויים הביטוחיים שחברות הביטוח השונות מספקות. היה לנו חשוב למצוא את התכנית המקיפה והאיכותית ביותר.

לבסוף החלטנו לבחור בחברת "אקורד סוכנות לביטוח" - אחת מחמש סוכנויות הביטוח הגדולות בישראל - לנהל עבורנו את הפוליסה מטעם "הראל" והיא תעניק לנו את השירות המקיף והאיכותי שהם מנוסים בו בכל צורך ולכל עניין.

"הראל" היא חברת ביטוח הבריאות הגדולה בישראל המובילה את שוק ביטוחי הבריאות בהיקף המבוטחים, בטיפול בתביעות וניסיון מצטבר.

הראל מציעה את התוכנית הטובה ביותר, המקיפה ביותר ובפרמייה הזולה ביותר. זו תוכנית אשר משקפת את תפיסת החברה הרואה חשיבות עליונה להציע לעובדים ובני משפחותיהם תוכנית ביטוח מגוונת למצבים הרפואיים השונים, ובעיקר למצבים קשים מאוד ומורכבים דוגמת השתלות, טיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ ובחו"ל, יחד עם כיסוי לשירותים יום-יומיים ולצרכים שוטפים כדוגמת בדיקות הריון מקיפות, התייעצות מומחים, אבחון וטיפול בבעיות התפתחות ילדים ועוד.

מדובר בהטבה משמעותית שמהווה שכבה נוספת לביטוחים הסטנדרטיים שקופות החולים של כולנו מספקות לנו.

חשוב לנו שכולכם תכירו את פרטי הכיסוי וההטבות השונות שהביטוח מקנה ולשם כך מצורפת החוברת הנ"ל.

שימו לב:

- עובדים חדשים ובני משפחותיהם זכאים להצטרף לפוליסה החדשה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות בתקופה המוגדרת בפוליסה.
 - עלות הכיסוי הביטוחי לרובד הבסיס תמומן לעובדים על ידי החברה.
 - כל עובד יוכל לבחור לצרף את בני משפחתו, כולם או חלקם (לרבות ילדים עד גיל 24) - על חשבונם בתעריפים הקבועים בפוליסה.
 - ההצטרפות לביטוח במהלך 90 הימים הראשונים (ממועד תחילת הביטוח או ממועד תחילת עבודתו של העובד החדש) תתאפשר ללא מילוי הצהרת בריאות וללא חיתום רפואי.
- תוכנית הביטוח החדשה היא עבורכם, והיא בין תוכניות הביטוח הטובות בתחום הביטוחים הקבוצתיים בישראל. אנו בטוחים כי תוכנית הביטוח תעניק לכם ולבני משפחותיהם הגנה ביטוחית רחבה, תוך יצירת תחושת ביטחון, שקט נפשי וסיוע בעת הצורך.

**בברכת בריאות שלמה,
זמאיןפו ישראל**

תוכן עניינים

4.....	גילוי נאות
15.....	פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי
39.....	רובד הבסיס
39.....	פרק 1: השתלות וטיפולים מיוחדים
43.....	פרק 2: תרופות מיוחדות
45.....	פרק 3: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
47.....	פרק 4: כתב שירות - רפואת און-ליין
53.....	רובד מורחב
53.....	פרק 5: ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות (הכיסוי האחיד)
56.....	פרק 5א: ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות - משלים שב"ן
60.....	פרק 6: שירותים אמבולטוריים
63.....	פרק 7: הוצאות רפואיות

גילוי נאות

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

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי זום אינפו ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי זומאינפו ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	רובד בסיס השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מיוחדות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, כתב שירות רפואת און-ליין. רובד הרחבה ניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות בישראל (משקל ראשון / משלים שב"ן), שירותים אמבולטוריים, הוצאות רפואיות. *בהתאם לרבדים שנרכשו ע"י המבוטח.
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.3.2021 ועד ליום 28.2.2026.

תמצית פרטי הפוליסה	תיאור הביטוח
רובד בסיס השתלות בחו"ל וטיפולים 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 על פי תנאי הפוליסה. תרופות מיוחדות: כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה. ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן. כתב שירות "רפואה אישית און ליין" במסגרת כתב השירות ניתן להתייעץ עם רופא בשיחת וידאו באמצעות הטלפון הסלולרי, המחשב או הטאבלט, ולקבל מרשמים לתרופות, המלצות לבדיקות המשך והפנייה למרפאה לרפואה ראשונית או לחדר מיון. רובד הרחבה ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ: כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. או כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (לבעלי שב"ן) מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ושיקום, טיפולי התפתחות הילד, אביזרים רפואיים ועוד. הוצאות רפואיות השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבטח עבור אחות פרטית, אשפוז פרטי, התקנת אביזר רפואי, העברות ונסיעות, הוצאות שהייה בישראל, גמלת החלמה והוצאות החלמה, פיצוי בגין אשפוז.	

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 כללים לפוליסה - סעיף 15. פרק 2 - תרופות מיוחדות - סעיף 5.4. פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 5. פרק 4 - כתב שירות "רפואה אישית און ליין" - סעיפים 5-6. פרק 5 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 4. פרק 5א - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - סעיף 6. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.	
פרק 1: השתלוח, סעיף 2.3 - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪. פרק 3: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 4 - פיצוי בסך 200,000 ₪ בגין מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.	גובה הפיצוי הכספי שאקבל
פרק 5: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים. פרק 5א: כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים.	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
פרק 2: תרופות מיוחדות, השתתפות של 150 ₪ למרשם לחודש, ולא יותר מ-300 ₪ לכל המרשמים בחודש, למעט טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת שבגינו תשולם השתתפות עצמית למרשם לחודש, ללא הגבלה לכמות המרשמים בחודש. לתרופות למחלת הסרטן ו/או לתרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש יהיה ללא השתתפות עצמית. פרק 6: שירותים רפואיים אמבולטוריים, השתתפות של 20%. בגין אביזרים רפואיים - השתתפות עצמית של 40%. פרק 7: הוצאות רפואיות, השתתפות עצמית של 40% עבור אשפוז פרטי, הוצאות החלמה לאחר ניתוח גדול והוצאות שיקום ופיזיותרפיה.	השתתפות עצמית
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים

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

תמצית פרטי הפוליסה				
רובד מורחב		רובד בסיס		עלות הביטוח
מסלול ניתוחים בישראל משלם שב"ן	מסלול ניתוחים בישראל משקל ראשון			
96 ש"ח	97 ש"ח	24 ש"ח	עובד	
96 ש"ח	97 ש"ח	24 ש"ח	בן/בת זוג / ילד בוגר	
32 ש"ח	33 ש"ח	11 ש"ח	ילד עד גיל 25	
ילד שלישי ואילך במשפחה מבוטחת יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח (במניין הילדים לא יובאו ילדים בוגרים ו/או נכדים). הפרמיה היחסית עבור כתב השירות ברובד הבסיס הינה: רפואה באון ליין: בוגר 3 ש"ח / ילד 1 ש"ח (עפ"י מדד שפורסם ביום 15.2.2021)				
בתום 30 חודשים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.				שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
רובד בסיס			
השתלולים וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 2.1-2.2 ו-2.3 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד. סעיף 2.3 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.	סעיף 2.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 2.1.2 - עד לסך של 5,000,000 ש"ח אצל נותן שירות שלא בהסכם. סעיף 2.3 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ש"ח להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה.	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה. סעיף 2.5.2 - פיצוי חד פעמי לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.	סעיף 2.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 2.1.2 - עד לסך של 1,000,000 ש"ח אצל נותן שירות שלא בהסכם. סעיף 2.5.2 - פיצוי חד פעמי בסך 10,000 ש"ח.	
גמלת החלמה	סעיף 2.4 - לפני ביצוע ההשתלה למועמד לביצוע השתלה. סעיף 2.5.1 - לאחר ביצוע השתלה (למעט השתלת מח עצם). סעיף 2.5.1 - לאחר ביצוע השתלה (למעט השתלת מח עצם).	סעיף 2.4 - גמלת החלמה בסך 6,000 ש"ח למבוטח המרותק למיטתו וסך של 3,000 ש"ח למבוטח המאושפז בבית חולים, שתשלום למשך עד 6 חודשים. סעיף 2.5.1 - סכום חודשי בסך 6,000 ש"ח לתקופה של עד 24 חודשים. במקרה של השתלת מח עצם (שאיננה השתלת מח-עצם עצמית) - סכום חודשי בסך 3,000 ש"ח לתקופה של עד 12 חודשים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

תרופות מיוחדות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	<u>סעיף 2</u> בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABAL או תרופות יתום כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 2,500,000 ₪ למשך 30 חודשים ויתחדש ליתרת תקופת הביטוח. בגין טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת - עד 200,000 ₪. במידה והתרופה תהיה יעילה, תקרת הכיסוי תוגדל ותהיה בסך הכל 1,000,000 ₪ לתקופת הביטוח.	השתתפות עצמית של 150 ₪ למרשם לחודש, ולא יותר מ-300 ₪ לכל המרשמים בחודש, למעט טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת שבגינו תשולם השתתפות עצמית למרשם לחודש, ללא הגבלה לכמות המרשמים בחודש. עבור תרופות למחלת הסרטן ו/או לתרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש - ללא השתתפות עצמית.
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	<u>סעיף 2.6</u> בפרק- שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	עד לסך של 5,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	<u>סעיף 3</u> בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות העברה יבשתית תותבות ועוד.	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן שיפוי עד העלות שהייתה משולמת לניתוח דומה בארץ.
הוצאות שהייה	<u>סעיף 3.3.1</u> בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 5 ימים.	הוצאות שהייה סבירות למבוטח ומלווה (למבוטח ושני מלווים במקרה של מבוטח קטין), עד 30 ימים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	<u>סעיף 3.2</u> בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל וכתוצאה ישירה מהניתוח.	כיסוי מלא.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

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

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2.3.1- לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.	

ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	סעיף 2 לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.	כיסוי עד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בפרק.		
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 2.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי	כיסוי עד ל-1,000 ₪ להתייעצות ועד 300 ₪ ל-3 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 2.3 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 4,000 ₪ לבדיקה ועד 13,000 ₪ עבור כל הבדיקות לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיה ושיקום	סעיף 2.5 לפרק - החזר בגין טיפולי פיזיותרפיה ושיקום.	כיסוי עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ועד 350 ₪ לטיפול למבוטח לשנת ביטוח. עבור התעמלות לשיקום לבבי - עד 150 ₪ לחודש, למשך 9 חודשים.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 2.6 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר או סיסי שליה ועוד	כיסוי עד 4,000 ₪ לכל הריון, ובמקרה של הריון מרובה עוברים - עד 6,000 ₪.		25% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

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

הוצאות רפואיות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ³ (אכשרה)	השתתפות עצמית
אחות פרטית	סעיף 2.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי	כיסוי הוצאות עבוד אחות פרטית באשפוז עד 600 ₪ ליום ועד 10 ימים.		20% מההוצאה בפועל
אשפוז פרטי	סעיף 2.3 לפרק - החזר בגין אשפוז בחדר פרטי	כיסוי עד 500 ₪ למשך 5 ימי אשפוז.		40% מההוצאה בפועל
פיצוי בגין אשפוז	סעיף 2.7 לפרק - החזר בגין אשפוז שאינו לקראת ניתוח	פיצוי יומי בגובה 760 ₪, החל מהיום הרביעי ועד 10 ימים		
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ביום 15.2.2021.

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.

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

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית

בין:	"בעל הפוליסה":		
	זומאינפו ישראל בע"מ		
ח.פ/צ	514282235		
מרחוב	התדהר 17 רעננה		
מצד אחד			
לבין:	"חברת הביטוח" או "החברה":		
	הראל חברה לביטוח בע"מ		
ח.פ/צ	520004078		
מרחוב	אבא הלל 3 רמת גן		
מצד שני			

1. כללי

- 1.1. כותרות הסעיפים הינן לצורכי נוחות הקריאה, ואינן משמשות לצורכי פרשנות ההסכם. תוכן הסעיפים הוא הקובע.
- 1.2. האמור בלשון זכר משמעותו גם נקבה ולהיפך, והאמור בלשון יחיד משמעותו גם רבים ולהיפך.

2. הגדרות

- 2.1. **הסכם הביטוח** - הסכם הביטוח אליו צורפה פוליסה זו, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים ו/או שיצורפו לו במהלך תקופת הביטוח בהסכמת הצדדים.
- 2.2. **תאריך תחילת הביטוח** - 1.3.2021 (אחד במרץ 2021)
- 2.3. **תקופת הביטוח** - תקופה בת 60 חודשים שתחילתם בתאריך תחילת הביטוח.
- 2.4. **שנת ביטוח** - תקופה בת 12 חודשים רצופים אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח, ומתחדשת כל 12 חודשים.
- 2.5. **עובד קיים** - מי שמעסק אצל בעל הפוליסה בתאריך תחילת הביטוח, בהתאם לתנאים ולכללים הנהוגים והמקובלים אצל בעל הפוליסה (לרבות עובד זמני, עובד קבוע, עובד בחוזה אישי, עובד בחוזה מיוחד, עובד קבלן, עובד בחל"ת, עובד בחל"ד).
- 2.6. **עובד חדש** - מי שהחל את העסקתו אצל בעל הפוליסה במהלך תקופת הביטוח ולאחר תאריך תחילת הביטוח, בהתאם לתנאים ולכללים הנהוגים והמקובלים אצל בעל הפוליסה (לרבות עובד זמני, עובד קבוע, עובד בחוזה אישי, עובד בחוזה מיוחד, עובד קבלן, עובד בחל"ת, עובד בחל"ד).
- 2.7. **עובד** - עובד קיים ו/או עובד חדש.
- 2.8. **בן/בת זוג** - בן/בת זוג של עובד ו/או בן /בת זוג של ילד העובד (חתן/ כלה של העובד או של בן/בת הזוג של העובד), לרבות ידועה/ בציבור ובן/בת זוג עליוה/ הצהיר העובד כבן/בת זוג, ולרבות בני/בנות זוג מאותו מין.
- 2.9. **ילד** - ילד/ה של עובד, לרבות ילד מאומץ ו/או ילד של בן/בת זוג שגילו קטן מ-25.
- 2.10. **ילד בוגר** - ילד/ה של עובד, לרבות ילד מאומץ ו/או ילד של בן/בת זוג שגילו 25 או יותר. כילד בוגר ייחשב גם ילד של עובד ו/או ילד של בן/בת הזוג של עובד, אשר צורף לביטוח וצירף עימו את בן/בת זוגו ו/או את ילדיו, גם אם גילו קטן מ-25.

- 2.11 **חתן/כלה** - בן /בת זוג של ילד העובד, לרבות ידועה/בציבור ובן/בת זוג עליוה/ה הצהיר העובד כבן/בת זוג של ילדו, ולרבות בני/בנות זוג מאותו מין.
- 2.12 **נכד** - ילד/ה ילדה של ילד העובד לרבות ילד מאומץ ו/או ילד של חתן/כלה, שגילו קטן מ-25.
- 2.13 **נכד בוגר** - ילד/ה ילדה של ילד העובד לרבות ילד מאומץ ו/או ילד של חתן/כלה, שגילו 25 או יותר.
- 2.14 **בן משפחה** - בן /בת זוג ו/או ילד ו/או ילד בוגר ו/או חתן/כלה ו/או נכד ו/או נכד בוגר.
- 2.15 **מבוטח** - עובד ו/או בן משפחה אשר הצטרף לביטוח זה בהתאם לתנאי ההצטרפות המפורטים בו.
- 2.16 **מוטב** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח בקרות מקרה ביטוח. בהיעדר קביעת מוטב מפורשת על ידי המבוטח, יהיה המבוטח המוטב, או יורשיו החוקיים של המבוטח לאחר מותו.
- 2.17 **מקרה ביטוח** - מערכת עובדות ונסיבות המוגדרת בפרקי הכיסוי, אשר בהתקיים אותן עובדות ונסיבות זכאי המבוטח לכיסוי על פי פוליסה זו.
- 2.18 **דמי ביטוח** - הסכום המשולם לחברה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, בגין התחייבותיה בהסכם זה (הפרמיה).
- 2.19 **סכום ביטוח / תגמולי ביטוח** - הסכום שתשלם החברה למוטב, בקרות מקרה ביטוח, על פי תנאי הכיסוי בביטוח זה, ולא יותר מתקרת תגמולי הביטוח המפורשת, אם מפורשת.
- 2.20 **השתתפות עצמית** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. תגמולי הביטוח שתשלם החברה הינם בגובה הוצאות המבוטח בניכוי ההשתתפות העצמית הקבועה, אם קבועה, ולא יותר מתגמולי הביטוח המירביים הקבועים לאותו כיסוי.
- 2.21 **חיתום** - תהליך קבלה לביטוח המתבסס על מידע רפואי שמסר המבוטח לחברה בקשר עם מצבו הרפואי, ולפיו קובעת החברה את תנאי קבלתו / דחייתו של המבוטח לביטוח, וכל זאת במקרים בהם נדרש חיתום על פי תנאי ביטוח זה בלבד.
- 2.22 **הסכם** - הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין החברה לבין נותן שירות כלשהו בנוגע למתן שירותים על-פי פוליסת ביטוח זו.
- 2.23 **בית חולים** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים, שאינו סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- 2.24 **בית חולים פרטי** - בית חולים כמוגדר בסעיף 2.23, שהוא אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 - 2014), התשע"ג - 2013.
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשויה לספק שירות בחירת רופא בתשלום, וכן המורשה לספק שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן), על ידי הרשויות המוסמכות, לרבות קרנות מחקר וגופים שאינם בבעלות ציבורית, הפועלים, על פי חוק, בתוך בתי חולים ציבוריים.
 - (3) בית חולים בחו"ל.
- 2.25 **בית חולים בהסכם** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 2.23 ו-2.24 לעיל הנמצא בהסכם עם המבוטח.
- 2.26 **בית חולים אחר** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 2.23 ו-2.24 לעיל שאינו בית חולים בהסכם.
- 2.27 **הטסה רפואית** - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס ייעודי, בליווי צוות ו/או ציוד רפואי המותאם למצבו הרפואי של המבוטח.

- 2.28. **מעבדה** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה היא פועלת.
- 2.29. **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, וכן רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמומחה בתחום רפואי מסוים, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא משמש כרופא.
- 2.30. **מנתח** - רופא מומחה, המורשה על פי הסמכתו לנתח.
- 2.31. **מנתח הסכם** - מנתח הקשור בהסכם עם החברה.
- 2.32. **מנתח אחר** - מנתח שאינו מנתח הסכם.
- 2.33. **מרדים** - רופא מומחה, המורשה על פי הסמכתו לשמש כרופא מרדים.
- 2.34. **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה בנושא רפואי שבתחום מומחיותו.
- 2.35. **אח / אחות** - אחות/ מוסמך/ כח על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל, והסמכתו/ה תקפה במדינה בה הוא משמש כאח/אחות.
- 2.36. **אשפוז** - שהייה בחדר בבית חולים, לרבות במסגרת אשפוז יום (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום).
- 2.37. **חדר ניתוח** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לביצוע ניתוחים, וכן "מרפאה כירורגית פרטית" כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות סעיף 34 (א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 2.38. **נותן שירות** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיינתן למבטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 2.39. **בדיקות רפואיות** - בדיקות המבוצעות לצורך אבחון מצבו הרפואי של המבטח ו/או למניעת מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול במבטח או לטיפול במבטח ו/או לכל צורך רפואי אחר, שהצורך בהן נקבע על ידי רופא מומחה או רופא כללי, הכוללות, בין היתר בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, בדיקות פתולוגיות ובדיקות רפואיות נוספות כדוגמת EEG, EMG, א.ק.ג ועוד.
- 2.40. **בדיקות מעבדה** - בדיקה של דגימה מגופו של המבטח ובחינתה במעבדה, לרבות בדיקות דם, בדיקות שתן, בדיקות צואה ובדיקות נוספות.
- 2.41. **בדיקת הדמיה / הדמיה** - בדיקה המבוצעת על ידי שימוש בטכנולוגיה, באביזרים ו/או בתהליכים לצורך הראיית איברים פנימיים של גוף האדם, כדוגמת רנטגן, CT, MRI, CARDIO CT, חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה, בדיקת קפסולה אנדוסקופית, תהודה מגנטית פונקציונאלית FMRI, הדמיית בלוטות ממוחשבת, CT PET וכיו"ב.
- 2.42. **בדיקה פתולוגית / פתולוגיה** - בדיקה של המבטח או של דגימה מגופו או של גורמים להפרעה בפעילות גופו, הכוללת אחת או יותר מהבדיקות: פיסיולוגיות, היסטולוגיות, מיקרוביולוגיות, אימונולוגיות, ביוכימיות ואחרות.
- 2.43. **תקופת אכשרה** - תקופה רצופה המתחילה לגבי כל מבטח בתאריך הצטרפותו לביטוח ו/או במועד הוספת כיסוי, ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק בפוליסה זו. לא צוינה תקופת אכשרה לפרק מסוים, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי לפרק זה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבטח לביטוח בתקופות ביטוח שאינן רצופות. למען הסר ספק, למבטחים בביטוח הקודם המצטרפים ברצף ביטוחי לביטוח זה לא תהא תקופת אכשרה.
- תקופת אכשרה לא תחול על מקרי ביטוח שנגרמו עקב אירוע תאונתי.

- 2.44. **תקופת המתנה** - תקופה רצופה המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך קרות מקרה הביטוח. לא צוינה תקופת המתנה לפרק ו/או לכיסוי כלשהו, לא תחול תקופת המתנה כלשהי לפרק זה. במהלך תקופת ההמתנה לא יא המבוטח זכאי לקבלת תגמולי ביטוח, זכאותו תחל בתום תקופת ההמתנה.
- 2.45. **סייג בשל מצב רפואי קודם** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או המפחית את חבות החברה או את היקף הכסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.46. **מצב רפואי קודם** - מערכת נסיבות רפואיות, שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח לרבות בשל מחלה או תאונה לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית שתועדה במהלך 5 השנים שקדמו להצטרפותו לביטוח, או בהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 2.47. **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק הבריאות.
- 2.48. **שירותי בריאות נוספים (שב"ן)** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים בהתאם להוראות חוק הבריאות, הניתנת לחבריה על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 2.49. **ישראל** - מדינת ישראל, לרבות השטחים ביהודה שומרון וחבל עזה אשר תחת שלטון ישראל.
- 2.50. **חו"ל** - כל ארץ מחוץ לישראל.
- 2.51. **חוק הבריאות** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, והתקנות שהותקנו מכוחו.
- 2.52. **סל שירותי הבריאות** - סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק הבריאות.
- 2.53. **מדד** - מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין מדד המחירים לצרכן.
- 2.54. **המדד היסודי** - המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.
- 2.55. **המדד הקובע** - המדד הידוע במועד ביצוע תשלום כלשהו על פי הסכם זה.
- 2.56. **המפקח** - המפקח על הביטוח - הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

3. הגדרות פרוצדורות רפואיות

- 3.1. **השתלה** השתלת איבר כהגדרתה להלן:
- 3.1.1. כריתה כירורגית או הוצאה מלאה או חלקית של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח (תרומה עצמית) במקומם.
- 3.1.2. כריתה כירורגית או הוצאה מלאה או חלקית של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מבעל חיים במקומם, בשלב בו השתלת איבר מבעל חיים אושרה כטיפול שאינו נסיוני במדינות המוכרות ו/או במדינה בה מבוצעת ההשתלה.
- 3.1.3. כריתה כירורגית או הוצאה של איבר או חלק מאיבר מגוף המבוטח של איבר אחר (שאינו מפורט בסעיף 3.1.1 לעיל), שלם או חלקי, למעט השתלת עור והשתלת קרנית, בטכנולוגיה הקיימת כיום או שתהיה קיימת בעתיד, בשלב בו הפרוצדורה אינה מוגדרת כניסיונית במדינות המוכרות ו/או במדינה בה מבוצעת ההשתלה.
- 3.1.4. השתלת מח עצם ו/או תאי גזע ו/או תאי אב מדם טבורי ו/או מדם היקפי אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח (תרומה עצמית).

במקרה בו יושתל איבר מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

יובהר, מקרה בו בוצעה השתלת איבר או חלק מאיבר כמפורט בסעיפים 3.1.1 - 3.1.2, ללא שבוצעה כריתה כירורגית או הוצאה של איבר קיים או חלק מאיבר קיים, יתייחס כהשתלה לכל דבר ועניין.

3.2. **טיפול מיוחד** פרוצדורה רפואית, אשר מתקיים בה אחד התנאים המפורטים להלן, על פי קביעת רופא מומחה בעל מומחיות בתחום הרלוונטי, מטעמו של המבוטח:

3.2.1. אינה ניתנת לביצוע בישראל ואין לה פרוצדורה חלופית בישראל, או שקיימת המלצת רופא מומחה מטעם המבוטח לביצוע הפרוצדורה בחו"ל בשל עדיפותה (על פי קריטריונים רפואיים מקובלים) על פני פרוצדורה חלופית בישראל.

3.2.2. הפרוצדורה נועדה לטיפול במחלת הסרטן או במחלה אוטואימונית, שאינה טיפול נסיוני ואשר הוכחה הצלחתה להציל את חיי המבוטח ו/או להאריך את חיי המבוטח ו/או לשפר את איכות חייו של המבוטח.

3.2.2.1. סיכויי הצלחתה בחו"ל גבוהים יותר מסיכויי הצלחתה בישראל.

יובהר במקרים בהם הניסיון בביצוע הפרוצדורה בחו"ל רב יותר באופן משמעותי מהניסיון בישראל, ייחשב הדבר כסיכויי הצלחה גבוהים יותר בחו"ל.

3.2.2.2. זמן ההמתנה לביצוע הפרוצדורה בישראל ארוך יותר מזמן ההמתנה לביצועה בחו"ל, וכתוצאה מההמתנה קיימת, על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, סכנה לחיי המבוטח ו/או להחמרה במצבו הרפואי של המבוטח.

3.2.2.3. הפרוצדורה נדרשת למניעת אובדן ראייה בעין אחת או שתיים ו/או אובדן שמיעה באוזן אחת או שתיים ו/או גרימת נכות צמיתה מעל 75%.

3.2.2.4. הפרוצדורה נועדה להצלת חיי המבוטח.

פרוצדורה חלופית לעניין סעיף זה הינה פרוצדורה שנועדה לאבחון ו/או לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר מביאה, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאה רפואית דומה לזו של הפרוצדורה המבוצעת בחו"ל, ובלבד שהפרוצדורה החלופית אינה כרוכה בתוצאות חמורות יותר למבוטח ביחס לפרוצדורה המבוצעת בחו"ל. לעניין זה, "תוצאות חמורות יותר" - תוצאה או תופעת לוואי הפוגעת בשגרת חייו של המבוטח, באיכות חייו ו/או בהחלטתו או שיקומו של המבוטח.

3.3. **ניתוח** פעולה פולשנית - חדירתית החדרת 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.

3.4. **ניתוח גדול** ניתוח לב הכולל פתיחת בית חזה או ניתוח מוח או ניתוח גב או ניתוח אשר המבוטח שהה באשפוז לפחות 7 ימים רצופים לאחר הניתוח, למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן) ותחול ההגדרה המפורטת בהם.

3.5. **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.

למען הסר ספק רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח יהיה הגורם המכריע כי הפעולה הינה טיפול מחליף ניתוח, וכי תוצאת הפעולה תביא לתוצאות דומות לניתוח ולתהליך הטיפול הנדרש במצבו הרפואי של המבוטח.

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

למען הסר ספק, במקרים בהם בביצוע פרוצדורה רפואית המכוסה על פי הסכם זה קיימת אפשרות בחירה בין שתלים שונים, אשר יש בהם כדי להשיג תוצאות שונות למבוטח (להחלמתו, לטיפול בו או לכל צורך אחר), תהא בחירת המבוטח ו/או הרופא מטעמו הבחירה הקובעת. לחברה אין ולא תהיה זכות להגביל את בחירת המבוטח מכל סיבה שהיא, למעט תקרות הכיסוי המפורטות בהסכם זה, אם מפורטות, למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן) ותחול ההגדרה המפורטת בהם.

3.7. **תרופה** חומר כימי או ביולוגי, או תכשיר רפואי, אשר נועד על פי קביעת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, לאבחון או ריפוי או הקלה על סימפטומים של מצב רפואי או טיפול במצב רפואי או מניעת החמרה של מצב הרפואי (לרבות מניעת התפתחות מצבים רפואיים נוספים), או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה. כתרופה ייחשב גם תכשיר רפואי כהגדרתו בפקודת הרוקחים ובתנאי כי הוא נועד לאותן מטרות כמפורט לעיל, וזאת על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעמו של המבוטח.

3.8. **טיפול תרופתי** נטילת תרופה, באופן חד-פעמי או מתמשך.

3.9. **מרשם** מסמך רפואי החתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה, אשר קובע את הטיפול התרופתי הנדרש, את קביעת המינון הנדרש ואת משך הטיפול הנדרש. מרשם יהיה לכל תרופה בנפרד, ולתקופת טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם. נרשמו במרשם אחד מספר תרופות, יתייחס כל תרופה הרשומה בו כמרשם נפרד.

3.10. **המדינות המוכרות** ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

3.11. **תרופת OFF LABEL** תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה-FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug Information

3. US Pharmacopoeia-Drug Information

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

4.1. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa

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

4.3. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa

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

5.1. NCCN

5.2. ASCO

5.3. NICE

5.4. ESMO Minimal Recommendation

6. תרופה שעונה לקריטריונים הבאים:

- 6.1. הומלצה לטיפול על ידי רופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה/ ס' מנהל מחלקה/ מנהל מכון/ מנהל יחידה או פרופסור ממוסד אקדמי בישראל.
 - 6.2. ההמלצה כוללת אישור מפורש כי הטיפול הנדרש מהווה טיפול סביר ומקובל (standard of practice) לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
 - 6.3. ההמלצה מסתמכת על שני מאמרים מעיתונות רפואית בעלת שם כדוגמת Lancet, NEJM, JAMA.
 - 3.1.2. **תרופת יתום** תרופה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") של חולים המשתייכים לאחת מחמש הקבוצות הבאות:
 1. חולים במחלה יתומה בשכיחות נמוכה מ-חולה אחד מתוך 1,500 תושבים בארצות הברית.
 2. חולים במחלה יתומה בשכיחות נמוכה מ-חולה אחד מתוך 2,000 תושבים באיחוד האירופי.
 3. חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפוח לה תרופה ללא תמריצים בארצות הברית או באיחוד האירופאי.
 4. חולים במחלה שהוכרה על ידי המוסדות המוסמכים בארצות הבית ו/או באירופה, כ-neglected diseases או orphan disease.קביעת התרופה כתרופה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת התרופה ותתבסס על קביעת הרשויות המוסמכות בארצות הברית ו/או האיחוד האירופי.
 - 3.1.3. **תרופת מיוחדת** תרופה שלא אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ומתקיים בה אחד התנאים המפורטים להלן:
 1. תרופה שאושרה לשימוש למבוטח על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות כתרופת IND (Investigational New Drug).
 2. תרופה שהוגשה לאישור למצבו הרפואי של המבוטח, ואושרה על ידי הרשויות המוסמכות לשימוש במבוטח כתכשיר שאינו רשום ו/או לחולה בודד.
 3. תרופה שנמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תוצאות בדיקה גנטית.
 4. תרופה העונה לקריטריונים הבאים:
 - 4.1. הומלצה לטיפול על ידי רופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה / ס' מנהל מחלקה/ מנהל מכון/ מנהל יחידה או פרופסור ממוסד אקדמי בישראל.
 - 4.2. ההמלצה נתמכת בשני מאמרים מעיתונות רפואית בעלת שם כדוגמת JAMA, NEJM, LANCET.
 - 4.3. ההמלצה קובעת כי התועלת בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.
 5. תרופה שהטיפול בה הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי, ואינה רשומה בישראל (אושרה למבוטח על פי תקנה 29 לתקנות הרוקחים (תכשירים) / נוהל 129).
- ההגדרות שפורטו לעיל נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" ובחוזר הביטוח 2015-1-18 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות".**

4. מבנה הביטוח

פירוט הכיסוי, אופן ההצטרפות, המימון והגבייה

	רובד בסיס		רובד מורחב	
	עובד	בני משפחה	עובד	בני משפחה
הכיסוי	השתללות וטיפולים מיוחדים בחו"ל ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כתב שירות רפואת און-ליין		ניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות בישראל (משקל ראשון / משלים שב"ן) שירותים אמבולטוריים הוצאות רפואיות	
הצטרפות	אובליגטורי	וולונטרי	וולונטרי	וולונטרי
מימון	מעסיק (כולל גילום)	עובד	עובד	עובד
גבייה	מרוכז	אישי	אישי	אישי

5. תוקף הביטוח

הביטוח על פי הסכם זה יכנס לתוקפו בתאריך תחילת הביטוח ובכפוף לתנאים הבאים:

- 5.1 בעל הפוליסה מסר לחברה מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה. לשם כך הועבר לחברה קובץ נתוני המבוטחים הכולל פרטים אישיים (שמות המבוטחים, מספרי זהות, תאריכי לידה, תאריך ההצטרפות לביטוח ודמי הביטוח המשולמים בגינם)
- 5.2 צורפו המבוטחים הקיימים לביטוח כמפורט בסעיף 7 להלן.
- 5.3 בעל הפוליסה מסר למבטחת, הצהרה והתחייבות, כי לענין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 5.4 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

6. תקופת הביטוח

- 6.1 תקופת הביטוח תחל בתאריך תחילת הביטוח ותימשך 60 חודשים עד ליום 28.2.2026 (להלן: "תאריך תום תקופת הביטוח").
 - 6.2 בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לסיומו בהודעה מוקדמת בת 90 יום ובלבד שנערך הסכם ביטוח חלופי אצל מבטח אחר ליתרת תקופת הביטוח. במהלך תקופת ההודעה המוקדמת ימשיך הסכם הביטוח להתקיים במלואו.
 - 6.3 תקופת ההסכם תחודש לתקופת ביטוח נוספת בת 60 חודשים (להלן: "תקופת ההארכה") עד ליום 28.2.2031 (להלן: "תאריך תום תקופת ההארכה"), בהסכמת הצדדים, במפורש ובכתב.
 - 6.4 כל מבטח רשאי לדרוש את ביטול הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח. ביטול הביטוח למבטח מסוים תעשה בהודעה בכתב, ומשמעה ביטול הביטוח על כל נספחיו ולכל בני המשפחה שצורפו עימו.
- אין בביטול הביטוח למבטח מסוים כדי למנוע את הצטרפותו של אותו מבטח לביטוח לאחר מכן, בתנאים המפורטים בסעיף 7.4 להלן.

7. הצטרפות לביטוח

7.1. רובד בסיס

- 7.1.1. **עובדים קיימים** - יצורפו לרובד הבסיס באופן אוטומטי, במועד תחילת הביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום.
- 7.1.2. **עובדים חדשים** - יצורפו לרובד הבסיס באופן אוטומטי, במועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום.
- 7.1.3. **עובדי קבלן** - יוכלו להצטרף לביטוח באופן וולונטרי, כאשר במשך 90 יום מתאריך תחילת הביטוח (לעובדי קבלן שהועסקו אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הביטוח) או מיום תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה, יוכלו עובדי הקבלן להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר מועד זה יוכלו עובדי הקבלן להצטרף לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם.
- 7.1.4. **בני משפחה של עובד** - יוכלו להצטרף לרובד הבסיס באופן וולונטרי בכפוף להיות העובד המבקש לצרף את בני משפחתו מבוטח, כאשר במשך 90 יום ממועד תחילת הביטוח (לבני משפחה של עובדים קיימים שהועסקו אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הביטוח) או מיום תחילת עבודת העובד (לבני משפחה של עובדים חדשים שהחלו את עבודתם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הביטוח), או מיום הפיכתם לבני משפחה של עובד (בני משפחה חדשים - חתונה / לידת ילד וכיו"ב), יוכלו בני המשפחה להצטרף לרובד הבסיס ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר חלוף 90 יום, כאמור, יוכלו בני המשפחה להצטרף לרובד הבסיס בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם.
- צירוף בני משפחה חדשים תהיה למפרע מרגע הפיכתם לבני משפחה חדשים (מרגע הלידה/ ממועד החתונה וכיו"ב), בכפוף לתשלום הפרמיה ממועד זה. במקרה של צירוף ילד שנולד, מניין 90 הימים יחל מיום חזרת העובד/ת מחל"ת / חל"ד.

7.2. רובד מורחב

- 7.2.1. **עובדים קיימים** - יוכלו להצטרף לרובד המורחב באופן וולונטרי, כאשר במשך 90 יום ממועד תחילת הביטוח יוכלו להצטרף לרובד המורחב ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר חלוף 90 יום, כאמור, יוכלו להצטרף לרובד המורחב בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם.
- 7.2.2. **עובדים חדשים** - יוכלו להצטרף לרובד המורחב באופן וולונטרי, כאשר במשך 90 יום ממועד תחילת עבודתם יוכלו להצטרף לרובד המורחב ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר חלוף 90 יום, כאמור, יוכלו להצטרף לרובד המורחב בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם.
- 7.2.3. **עובדי קבלן** - יוכלו להצטרף לרובד המורחב באופן וולונטרי, כאשר במשך 90 יום מתאריך תחילת הביטוח (לעובדי קבלן שהועסקו אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הביטוח) או מיום תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה, יוכלו עובדי הקבלן להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר מועד זה יוכלו עובדי הקבלן להצטרף לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם.
- 7.2.4. **בני משפחה של עובד** - יוכלו להצטרף לרובד המורחב באופן וולונטרי בכפוף להיות העובד המבקש לצרף את בני משפחתו מבוטח ברובד המורחב, כאשר

במשך 90 יום ממועד תחילת הביטוח (לבני משפחה של עובדים קיימים שהועסקו אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הביטוח) או מיום תחילת עבודת העובד (לבני משפחה של עובדים חדשים שהחלו את עבודתם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הביטוח), או מיום הפיכתם לבני משפחה של עובד (בני משפחה חדשים - חתונה / לידת ילד וכיו"ב), יוכלו בני המשפחה להצטרף לרובד המורחב ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר חלוף 90 יום, כאמור, יוכלו בני המשפחה להצטרף לרובד המורחב בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם.

צירוף בני משפחה חדשים תהיה למפרע מרגע הפיכתם לבני משפחה חדשים (מרגע הלידה/ ממועד החתונה וכיו"ב), בכפוף לתשלום הפרמיה ממועד זה.

במקרה של צירוף ילד שנולד, מניין 90 הימים יחל מיום חזרת העובד/ת מחל"ת / חל"ד.

7.3. הוראות לעניין הצטרפות הכרוכה בחיתום רפואי

- 7.3.1. בכל מקום בו ההצטרפות הינה וולונטרית, וכרוכה במילוי הצהרת בריאות, יום תחילת הביטוח לפי הסכם זה יהיה המועד בו ניתן אישור החברה על צירופו לביטוח.
- 7.3.2. תהליך החיתום ומתן אישור החברה לא יארך מעל 14 יום מיום קבלת כל המסמכים הדרושים לשביעות רצון החברה.
- 7.3.3. החברה לא תדרוש ממועמד לביטוח מידע או מסמכים שאדם סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי המועמד.
- 7.3.4. החברה תפעל בסבירות ובמידתיות בעת ביצוע חיתום רפואי ובעת קביעת תנאי קבלה לביטוח.
- 7.3.5. תוצאות החיתום האפשריות הן קבלה לביטוח, אי קבלה לביטוח, קבלה לביטוח תחת תנאי החרגה. לא תתאפשר קביעת תוספות פרמיה בגין מצב רפואי.
- 7.3.6. תהליך החיתום ובדיקת המצב הרפואי תתבצע נוכח המידע שקיבלה חברת הביטוח במסגרת הליך החיתום הרפואי לצורך הצטרפות לביטוח זה בלבד.
- 7.3.7. החיתום הרפואי ייערך במישרין עם המועמד לביטוח, אלא אם נסיבות העניין מצדיקות סטייה מעיקרון זה - כגון חיתום שיתבצע מול הורה עבור ביטוח לילדו.
- 7.3.8. מידע אודות תוצאות החיתום למועמד לביטוח:
 - 7.3.8.1. החברה תעביר למועמד לביטוח העתק מטופס ההצטרפות, לרבות שאלות החיתום עליהן השיב המועמד עם פירוט תשובות המועמד לביטוח לגבי שאלון זה.
 - 7.3.8.2. קבעה החברה תנאים מסוימים לקבלה לביטוח של מועמד מסוים, תביא לידיעת המועמד בכתב את התנאים השונים ותפעל לקבלת הסכמתו בכתב, לתנאים אלה, טרם תחילת הביטוח.
 - 7.3.8.3. החליטה החברה לא לבטח מועמד מסוים, תמסור למועמד, בהודעה בכתב את החלטתה כאמור, ותפרט את תמצית הטעמים להחלטתה.

7.4. הצטרפות מבוטחים חוזרים

הצטרפות מבוטחים שביטלו את הביטוח במהלך תקופת הביטוח, ויהיו מעוניינים להצטרף לביטוח לאחר ביטולו, יהיו רשאים לעשות כן באופן וולונטרי, בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם, בתנאים שיקבעו על ידי החברה.

7.5. הצטרפות והמשך ביטוח לילדים בוגרים, בני/בנות זוגם ונכדי העובדים

- 7.5.1. הצטרפות ילד בוגר חדש (שלא היה מבטוח כילד, כדוגמת ילד בוגר של בן/בת זוג שנישאה/ לעובד במהלך תקופת הביטוח), תהא כמפורט לעניין הצטרפות בני משפחה בסעיף 7.1.5 / 7.2.5 לעיל, בצירוף פרטי אמצעי גבייה אישי לתשלום דמי הביטוח בגינו.
- 7.5.2. הגיע ילד מבטוח במהלך תקופת הסכם זה לגיל 25, ימשיך הביטוח בגינו תמורת תשלום פרמיה זהה לפרמיה הקבועה לבן/בת זוג.
- הודעה על שינוי הפרמיה מתעריף ילד לתעריף בוגר תימסר למבטוח על ידי החברה 30 ימים לפני השינוי האמור, בהתאם לקבוע בהוראות המפקח.
- 7.5.3. ילדי עובדים שנישאו ויכלו לצרף את בני/בנות זוגם באופן וולונטרי באופן הקבוע להצטרפות בני משפחה, תמורת תשלום פרמיה זהה לפרמיה הקבועה לבן/בת זוג, שתשלום בגין ילדי העובד ובגין בן/בת זוגם, אף אם גילם פחות מ-25.
- 7.5.4. ילדי הילדים (נכדי העובדים) יוכלו להצטרף באופן וולונטרי באופן הקבוע להצטרפות בני משפחה, תמורת תשלום פרמיה זהה לפרמיה הקבועה לילד.
- 7.5.5. דמי הביטוח בגין ילדים בוגרים, בני/בנות זוג של ילדים בוגרים ונכדי עובדים ישולמו באמצעי גבייה אישי.

7.6. המועד הקבוע לצירוף מבטוחים

- 7.6.1. **מבטוחים המצטרפים אובליגטורית ללא חובת מילוי הצהרת בריאות**
מועד צירופם לביטוח, אשר יפורט בקובץ המבטוחים, הינו המועד בו צורפו לביטוח על פי קביעת בעל הפוליסה.
- 7.6.2. **מבטוחים המצטרפים וולונטרי ללא חובת מילוי הצהרת בריאות**
מועד צירופם לביטוח, אשר יפורט בקובץ המבטוחים, הינו המועד בו חתמו על טופס ההצטרפות.
- 7.6.3. **מבטוחים המצטרפים לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות**
7.6.3.1. כאמור בסעיף 7.7.1, מבטוח אשר יתקבל לביטוח לאחר תהליך חיתום - מועד הצטרפותו לביטוח הינו המועד בו ניתנה הכרעת החברה בדבר צירופו.
- 7.6.3.2. **למען הסר ספק, אם שולמו לחברה כספים על חשבון פרמיה לפני שניתנה הסכמת החברה לבטח את המועמד, לא תחשב קבלת הכספים האמורים בידי החברה כהסכמתה לעריכת הביטוח.**

7.7. הוראות הפיקוח לעניין צירוף מבטוח- סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:

- 7.7.1. מוטלת על מבטוח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- 7.7.1.1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לענין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;
- 7.7.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;
- לא יצרפו המבטוח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבטוח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבטוח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה,

בלי שניתן לבחור 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 - המבוטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו. לעניין זה, "הסכמתו המפורשת" - רק לאחר שהמבוטח הציג למבוטח את הכיסויים הכלולים בפוליסה ואת סכום דמי הביטוח בעד כל כיסוי.

7.7.2. סעיף 7.7.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

7.7.2.1. הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

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

(א) ניתוחים;

(ב) תרופות;

(ג) השתלות;

(ד) מחלות קשות;

(ה) שיניים;

(ו) תאונות אישיות.

8. דוחות מבוטחים וטפסי הצטרפות במהלך תקופת הביטוח

כאמור בסעיף 5.1 לעיל, וכמפורט להלן, ימסור בעל הפוליסה לחברה מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה על פי דין ולפי תנאי ביטוח זה:

8.1. בתחילת הביטוח יעביר בעל הפוליסה למבוטח קובץ הכולל את פרטי כל העובדים הקיימים כהגדרתם לעיל, הכולל את הפרטים הבאים: מס' עובד, שם פרטי, שם משפחה, מס' ת"ז, תאריך לידה, מין, כתובת מגורים (רחוב ומס' בית, עיר, מיקוד) מס' טלפון נייד, כתובת מייל, תאריך תחילת הביטוח למבוטח שהינו מועד תחילת הביטוח, והפרמיה המשולמת בגינו בגן רובד הבסיס.

8.2. לא יאוחר מ-5 בכל חודש, ימסור בעל הפוליסה קובץ כמפורט לעיל, בגין מצבת העובדים המבוטחים בחודש הקודם כאשר מבוטחים חדשים שנוספו יצוין תאריך תחילת הביטוח הרלוונטי לאותו מבוטח. בנוסף, ידווח בעל הפוליסה למבוטח:

8.2.1. פרטי מבוטחים חדשים שנוספו באותו קובץ.

8.2.2. פרטי מבוטחים שהפסיקו להיות מבוטחים בחודש הקודם עקב אחת הסיבות המפורטות בסעיף 11.2 להלן ו/או עקב הגשת בקשה בכתב לביטול הביטוח למבוטח.

8.2.3. פרטי עובדים מבוטחים הפורשים לגמלאות.

- 8.3. בנוסף, לפרטים האמורים בסעיף 8.2, יעבירו סוכנות הביטוח ו/או בעל הפוליסה לחברה טפסי הצטרפות והצהרת בריאות של מבטוחים חדשים אשר נדרשים למלא טפסי הצטרפות או טפסי הצטרפות הכוללים הצהרת בריאות וטפסי בקשת ביטול.
- 8.4. מוסכם כי אם תיפול טעות בקובץ המבטוחים ושם או שמות מבטוחים כלשהם ישמטו מהרשימות הנ"ל ו/או יתווספו בטעות, הם יוספו אליה או יגרעו ממנה, לפי העניין, בהתאם ועל פי הודעת בעל הפוליסה ובאישורו בדבר הטעות שאירעה והתיקון הנדרש.

9. רצף ביטוחי בהצטרפות לביטוח והתחלתו

- 9.1. מבטוחים חדשים שהצטרפו לביטוח זה, והיו מבטוחים בביטוח בריאות קבוצתי אחר, או ביטוח בריאות פרטי אחר, אצל החברה או בחברת ביטוח אחרת, (להלן: "ביטוח בריאות קודם") יוכלו להצטרף לביטוח ברצף ביטוחי מלא לגבי פרקי כיסוי שהיו קיימים בפוליסה הקודמת, גם אם עודכנו סכומי הכיסוי ו/או היקפו.
- 9.2. שמירה על רצף ביטוחי מבטוח בריאות קודם, תתאפשר בכפוף להמצאת מסמכים אודות ביטוח הבריאות הקודם, לרבות תנאי קבלת המבטוח לביטוח, ותקפותו עד למועד ההצטרפות לביטוח זה.
- 9.3. מבטוחים קיימים אשר במסגרת ביטוח בריאות קודם נדרשו למלא הצהרת בריאות, יהיו זכאים לרצף ביטוחי מלא על פי תנאי קבלתם בפוליסה הקודמת.
- במקרה בו במסגרת ביטוח בריאות קודם נקבעו למבטוח החרגות ו/או סייגים ו/או הגבלות הנובעים ממצב רפואי עליו הצהיר המבטוח בעת הצטרפותו לביטוח הבריאות הקודם, תנאים אלו יישארו בתוקף במהלך 12 חודשים מיום הצטרפותם לביטוח זה, ולאחר מכן יתבטלו.
- במקרה בו במסגרת ביטוח בריאות קודם נקבעו למבטוח תוספות לפרמיה בגין מצב רפואי עליו הצהיר המבטוח בעת הצטרפותו לביטוח, תוספות אלו לא ייגבו, ולא ישולמו דמי ביטוח נוספים מעבר לדמי הביטוח על פי ביטוח זה.
- 9.4. רצף ביטוחי מלא משמעותו היעדר תקופת אכשרה, וכמועד צירופו של המבטוח לביטוח יראו את מועד צירופו לביטוח הבריאות הקודם לראשונה.

10. תום תקופת הביטוח

- 10.1. תום תקופת הביטוח יהיה לפי המוקדם מבין המועדים המפורטים להלן:
- 10.1.1. תאריך תום תקופת הביטוח או תאריך תום תקופת ההארכה, אם הוארך ההסכם.
- 10.1.2. מועד תום תקופת ההודעה המוקדמת כאמור בסעיף 6.2 לעיל.
- 10.1.3. למבטוח מסוים - ה-1 בחודש שלאחר החודש בו פסקה זיקת המבטוח לבעל הפוליסה (סיום יחסי עובד מעביד, פטירת עובד שבגינה מסתיימת זיקת בני המשפחה לבעל הפוליסה, או גירושין שבגינם מסתיימת זיקת בן/בת הזוג לבעל הפוליסה), או ה-1 בחודש שלאחר החודש בו הודיע מבטוח בהודעה בכתב על רצונו לבטל את הביטוח.
- 10.2. בתום תקופת הביטוח או בתום תקופת ההארכה, במקרה בו תקופת הביטוח לא תחודש, יהיה כל צד משוחרר מהתחייבויותיו על פי הסכם זה, למעט התחייבויותיה של החברה בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח, אף אם דווחו לאחר תום תקופת הביטוח.
- 10.3. פוליסה זו לא תפקע לגבי מבטוח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטוח דמי ביטוח בעד המבטוח בשל כיסויים אלה, וזאת מבלי לפגוע בזכויות המבטוח בהתאם לסעיף 6.4 לעיל.

11. המשכיות בתום תקופת הביטוח

בתום תקופת הביטוח תאפשר החברה למבוטחים להמשיך להיות מבוטחים על פי תנאי המשכיות המפורטים להלן:

11.1. החברה תאפשר למבוטחים לעבור בתום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 10 לעיל, לפוליסת פרט (להלן: "פוליסת המשך"), שלהלן תנאיה:

11.1.1. תנאי הכיסוי, סכומי הביטוח ותקופות תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת המשך

לא יפחתו מאלה הקבועים למבוטח בהסכם זה, אלא אם כן ביקש זאת המבוטח, והכל במסגרת פוליסות הפרט הקרובות ביותר בהיקפן ובתנאיהן לתנאי הסכם קבוצתי זה, הקיימות בחברה בתאריך תום תקופת הביטוח.

בנוסף לאמור, מבוטח יהיה רשאי להגדיל את הכיסוי הביטוחי מעבר לכיסוי הקיים במסגרת הסכם קבוצתי זה, בכפוף לחיתום רפואי וקביעת תנאי הקבלה בגין ההגדלה המבוקשת בלבד.

11.1.2. למען הסר ספק:

11.1.2.1. חיתום רפואי כלשהו בגין הגדלה שיבקש המבוטח לא יחול על פוליסת המשך עד התקרות והתנאים על פי הסכם קבוצתי זה.

11.1.2.2. המשכיות תינתן במוצר הפרט הקרוב ביותר הקיים אצל החברה במועד הרלוונטי. ובהיעדר מוצר דומה, תינתן המשכיות למוצר הקרוב ביותר לשם הדוגמא:

■ המשכיות לפרק ניתוחים הכולל השתתפות עצמית, אם אינו קיים כיסוי פרט כזה בחברת הביטוח, תזכה את המבוטח בהמשכיות לפוליסת פרט, בכיסוי לניתוחים המשפר את תנאי הכיסוי (כיסוי לניתוחים "משקל ראשון").

■ המשכיות לפרק המזכה בשיפוי הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה, אם אינו קיים כיסוי פרט כזה בחברת הביטוח, יזכה את המבוטח בהמשכיות לפוליסת פרט, לאותו סכום ביטוח, בפוליסת פיצוי לגילוי מחלות קשות.

11.1.3. דמי הביטוח בפוליסת המשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבוטח, על פי גיל המבוטח באותה עת. על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 15% לתקופה של שלוש שנים.

11.1.4. במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי ללא חיתום רפואי ובחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה. רצף ביטוחי משמעותו שכמועד הצטרפותו לפוליסת המשך לעניין בחינת מצב רפואי קודם יחשב מועד הצטרפותו לביטוח זה, ובמקרה של הצטרפות לביטוח זה ברצף ביטוחי מפוליסה קודמת, כאמור בסעיף 9.1 לעיל, מצבו הרפואי ייחשב כפי שהיה בעת הצטרפותו לפוליסה הקודמת.

11.2. האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף קטן 11.1, תינתן למי שהיה מבוטח במסגרת הסכם הקבוצתי בסמוך לפני מועד הפסקת הביטוח הקבוצתי, במקרים ובתנאים המפורטים להלן:

11.2.1. סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, או ביטול הביטוח למבוטח מסוים, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

11.2.1.1. הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהמבוטחים;

11.2.1.2. פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

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

11.2.2. במקרים המפורטים בסעיף קטן 11.2.1.1 עד 11.2.1.3, תפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי, בכפוף לתשלום דמי הביטוח בגין תקופה זו על ידי המבוטח.

על אף האמור, לגבי מבוטח, אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה - פנייתה של החברה למבוטח כאמור באותו סעיף קטן תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח; בפנייה כאמור תציע החברה למבוטח לעבור לפוליסת המשך, בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. הצעה כאמור תינתן רק אם אותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה הקבוצתית, ואינו זכאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה הקבוצתית.

11.2.3. במקרה המפורט בסעיף קטן 11.2.1.4 החברה תאפשר לכל מבוטח שיפנה אליה בתוך 90 יום ממועד הפסקת הביטוח לגביו לעבור לפוליסת המשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח, בכפוף לתשלום דמי הביטוח בגין תקופה זו על ידי המבוטח.

על אף האמור, לגבי מבוטח, אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה - זכותו לפנות אל החברה למעבר לפוליסת המשך כאמור באותו סעיף קטן תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח; למבוטח כאמור תאפשר החברה לעבור לפוליסת המשך, בתוך 90 ימים ממועד הפסקת הביטוח לגביו. הצעה כאמור תינתן רק אם אותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה הקבוצתית, ואינו זכאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה הקבוצתית.

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

12. הפרמיה

12.1. הפרמיה החודשית בש"ח בגין הינה כמפורט בטבלה להלן:

רובד מורחב	רובד בסיס		
		מסלול ניתוחים בישראל	מסלול ניתוחים בישראל משלים שב"ן
עובד	24	97	96
בן/בת זוג / ילד בוגר	24	97	96
ילד עד גיל 25	11	33	32

ילד שלישי ואילך במשפחה מבוטחת יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח (במניין הילדים לא יובאו ילדים בוגרים ו/או נכדים).

הפרמיה היחסית עבור כתב השירות ברובד הבסיס הינה:

רפואה באון ליין: בוגר 3 ש' / ילד 1 ש'.

- 12.2. גיל המבטוח לצורך חישוב הפרמיה החודשית יהיה על פי חודש ושנת הלידה (המועד יחושב על פי ה-1 בחודש. לשם הדוגמא: יליד 1.1.1980, ויליד 30.1.1980 יחשבו שניהם בני 36 ב-1.1.2016).
- 12.3. דמי הביטוח בגין רובד הבסיס לעובדים ישולמו במרכז על ידי בעל הפוליסה.
- 12.4. דמי ביטוח בגין בני משפחה ברובד הבסיס ובגין כל המבוטחים ברובד המורחב ישולמו באמצעי גבייה אישי.
- 12.5. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.
- 12.6. דמי הביטוח המשולמים במרכז על ידי בעל הפוליסה ישולמו בתוך 15 ימים מתום החודש בגינו משולמים דמי הביטוח או מהמועד בו נתקבלה דרישה לתשלום דמי הביטוח מאת המבטחת בנוהל שיוגדר בין הצדדים.
- 12.7. אם לא שולם למבטחת תשלום כלשהו (כולל דמי-הביטוח) בגין מבוטח, או שולם תשלום חלקי, עקב טעות, לא תיפגע זכות כלשהי (מכל מין וסוג שהוא, ישירה ו/או עקיפה) של המבוטח ו/או של בעל-הפוליסה וייראו במבוטח כבעל מלוא הזכויות על-פי הסכם זה. 'טעות', על פי סעיף זה, פירושה כל סיבה, למעט מצב בו העביר המבוטח טופס ביטול השתתפות בביטוח בחתימתו לבעל-הפוליסה.
- 12.8. בכל מקרה בו יהא מבוטח במצב של אבדן כושר עבודה מלא, יהא המבוטח פטור מדמי- הביטוח ומבוטח באופן מלא, כאילו שולמו בעדו דמי-הביטוח. היה המבוטח עובד של בעל-הפוליסה יהיו בני משפחתו פטורים אף הם מתשלום דמי-הביטוח ומבוטחים באופן מלא, כאילו שולמו עבורם דמי-הביטוח. למען הסר ספק מובהר, כי חברת-הביטוח לא תדרוש ממבוטח או מבני משפחתו החזר רטרואקטיבי של דמי- הביטוח אם וכאשר יחדל להיות במצב של אבדן כושר עבודה מלא.
- 12.9. פיגורים בתשלומי דמי הביטוח
- 12.9.1. במקרה בו לא שולמה הפרמיה החודשית בגין העובדים המבוטחים ברובד הבסיס במועדה, החברה תודיע בהודעה בכתב לבעל הפוליסה כי לא שולמה הפרמיה החודשית, וכי יתאפשר לבעל הפוליסה לשלם את הפרמיה תוך 60 יום נוספים לאחר מועד הודעת החברה. הודעה נוספת תישלח בדואר רשום עם אישור מסירה 30 יום לפני תום המועד לתשלום הפרמיה. במשך תקופה זו יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולמו דמי הביטוח לחברה בתום 60 יום, כאמור, תהיה החברה רשאית לבטל את הביטוח.
- לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 12.9.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה תוך 60 יום ממועד הביטול, אחת מהאפשרויות הבאות:
- 12.9.1.1. לחדש את הביטוח ע"י תשלום הפרמיה ממועד החידוש ואילך, ללא תשלום הפרמיה שבפיגור. במקרה זה הביטוח יחודש ביום בו שולמה הפרמיה, והחברה לא תהיה אחראית למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.
- 12.9.1.2. לחדש את הביטוח ע"י תשלום רטרואקטיבי של כל הפרמיה שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית פיגורים צמודה (הודעת פסיקת ריבית והצמדה מטעם החשב הכללי) ממועד היווצרות החוב ועד יום התשלום בפועל. במקרה זה החברה תהיה אחראית למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.
- 12.9.2. אחרי עבור 120 יום ממועד היווצרות חוב הפרמיה לא תחול על החברה חובת חידוש הביטוח.

12.10. התאמת דמי הביטוח

- 12.10.1. בתום כל 30 חודשים במהלך תקופת הביטוח, תערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת צורך בקיום התאמת פרמיה בגין 27 החודשים שקדמו למועד ביצוע הבדיקה, התאמת דמי הביטוח תבוצע בהתאם לנוסח התאמת הפרמיה הקיים בהסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת.
- 12.10.2. הפרמיה המעודכנת תכנס לתוקפה בחודש העוקב שלאחר מועד ביצוע הבדיקה.

13. תביעות

- 13.1. החברה תברר ותיישב תביעות בתום לב, בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות ובהוגנות.
- 13.2. בעת טיפול בתביעות, החברה לא תתנה קיומה של חובתה במעשה של תובע שאינו מחויב על פי פוליסה זו או הדין שמכוחם נובעת החובה, למעט התניית קיומה של החובה בהמצאת מידע או מסמכים, כמפורט להלן.
- 13.3. בסמוך לקרות מקרה הביטוח ככל הניתן, יודיע המבוטח לחברה ויקבל את אישור / דחיית החברה לא יאחר מ-14 ימי עבודה מקבלת כל המסמכים שנדרשו על ידה כמפורט בסעיף 13.4 להלן, או לא יאחר מ-3 ימי עבודה במקרה חירום.
- 13.4. עם קבלת תביעת מבוטח, תועבר למבוטח בתוך 14 ימי עסקים מקבלת תביעתו דרישת החברה להשלמת מידע ופירוט המסמכים הנדרשים לה לבירור חבותה. לא הועברה דרישה כאמור, או הועברה דרישה לאחר מועד זה, יחל מניין הימים האמור בסעיף 13.3 לעיל במועד הגשת התביעה.
- 13.5. קבלת אישור התביעה מראש איננה מהווה תנאי לתשלום התביעה, ובמקרים בהם אם בוצע טיפול רפואי ללא אישור החברה מראש, ידון המבטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות ההסכם והוגשו לחברה כל המסמכים כנדרש.
- 13.6. למען הסר ספק, החברה לא תדרוש מתובע מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.
- 13.7. המבוטח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לרבות אבחנת הרופא המטפל ואת כל המסמכים הרפואיים הנדרשים על ידי החברה לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות ו/או גוף אחר הקשור לתביעה, למסור לחברה כל מידע רפואי או ידיעה הנוגעים למבוטח הנמצא ברשותם, והכל בכפוף לאמור בסעיף 13.4 לעיל.
- 13.8. החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותה המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, הכל כפי שהחברה תמצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבוטח. זכותה של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.
- 13.9. בדיקה רפואית - אם יידרש לכך על ידי החברה, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט או מסמך רפואי שיידרש יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.

13.10. מקרה שאירע בעת שירות צבאי

בעת השירות הצבאי חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מפעם לפעם ועלולות להגביל או למנוע מן החייל קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. לעניין זה עלולה להיות השפעה על מימוש הזכויות המגיעות בהתאם לפוליסה.

13.11. תיאום על ידי החברה

במקרים בהם הכיסוי בפוליסה קובע כי על המבוטח לאפשר לחברה לתאם עבורו את השירות הרפואי, תפעל החברה במקצועיות ובמיומנות לתיאום התביעה עם הגורם המטפל שבחר המבוטח, במקום הטיפול שבחר המבוטח ובמועד המתאים ביותר לבחירת המבוטח. תיאום הטיפול הרפואי על-ידי חברת הביטוח לא יעכב, לא ישפיע על בחירת המבוטח ולא יהיה מושפע מהסכמי חברת הביטוח עם ספקים כלשהם, בארץ או בחו"ל.

13.12. מידע נוסף ונלווה

צוות התביעות יספק למבוטח ו/או למשפחתו הקרובה, בהתבסס על ניסיון החברה ומקצועיותה, הסבר ו/או סיוע במידע ובתיאום היבטים הנוגעים לתפעול התביעה, כדוגמת סידורי השליחה למבוטח ו/או למלווים, טיפול בהעברות יבשתיות, הטסה רפואית, היכרות עם מרכזים רפואיים וספקי שירותים אשר החברה צברה ניסיון חיובי בטיפול מולם וכיו"ב.

14. תגמולי ביטוח

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

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

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

14.1.2. במקרה של תשלום למבוטח כנגד קבלות, ישלם המבטח למבוטח את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ-14 ימים מיום אישור התביעה.

14.1.3. בכל מקום בפוליסה בו נדרש המבוטח להמציא קבלות, יתקבלו קבלות מקוריות או העתקי קבלות. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

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

14.1.5. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

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

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

14.2. תחלוף (סברוגציה)

14.2.1. מששילם המבטח תגמולי ביטוח, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו, למעט האמור להלן בס"ק 14.2.2. למען הסר ספק מובהר זאת, כי המבוטח מתחייב לחתום על מסמכי שיבוב לשביעות רצון המבטח.

- 14.2.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 14.2.3. המבטח מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור.
- 14.2.4. על אף האמור בסעיפים 14.2.1-14.2.3 לעיל, זכות התחלוף לא תחול במקרים של תגמולי ביטוח המשולמים כפיצוי.
- 14.2.5. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת מקרים כדוגמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.
- 14.3. **ביטוח כפל**

- 14.3.1. המבטח יהא אחראי, לחוד, כלפי המבטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, אף אם היה המבטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו המבטח ובין אצל מבטח אחר.
- יובהר, זכותו של המבטח לכיסוי על פי תנאי הסכם זה קודמת לזכות אחרת כלשהי, ולמבטח תקום הזכות לחזרה למבטח האחר בביטוח הכפל, אם קיימת זכות כזו, רק לאחר שהעניק למבטח את מלוא הכיסוי לו הוא זכאי על פי הסכם זה.
- 14.3.2. 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.

15. סייגים לאחריות החברה

- הסייגים המפורטים להלן לא יחולו על פרק הכיסוי לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות או על פרק הכיסוי "משלים שב"ן" לניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות על פרקים אלו יחולו הסייגים והחריגים המפורטים בהם בלבד.
- החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח במקרים המפורטים להלן:
- 15.1. מקרה הביטוח ארע טרם תקופת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרי ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה.
- 15.2. מקרה הביטוח קשור במישרין לעיקור מרצון ו/או הפלה שאיננה מסיבות רפואיות.
- 15.3. מקרה ביטוח נגרם באופן ישיר כתוצאה מאלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק למעט שימוש בסמים רפואיים בהוראת רופא.
- 15.4. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר (חובה או קבע) או שירות מילואים, ובתנאי שהמבטח זכאי לכיסוי מלא ממקור אחר (גורם ממשלתי או אחר), ובלבד שהכיסוי הניתן ממקור אחר אינו כרוך בתהליך או בהמתנה ארוכים המונעים מהמבטח טיפול.
- במקרה של כיסוי חלקי ממקור אחר, יחול חריג זה רק על החלק המכוסה על ידי מקור אחר, וחבות המבטח תחול על יתרת הכיסוי הנדרשת, ולא יותר מחבותו על פי הכיסוי הרלוונטי (תגמולי הביטוח ישולמו מעבר לכיסוי הניתן ממקור אחר עד מלוא תקרות תגמולי הביטוח על פי הסכם זה, והכיסוי הניתן ממקור אחר לא יקוזז מתגמולי הביטוח על פי הסכם זה).

- 15.5. טיפולים ו/או ניתוחים ניסיוניים שלא הוכרו לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח באף אחת מהמדינות המוכרות, למעט אם נקבע כיסוי מפורש בפרקי הכיסוי.
- 15.6. סייג לאחריות בגין מצב רפואי קודם
- 15.6.1. החברה תהיה פטורה מחבותה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 15.6.2. תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:
- תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח הינו:
- פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת ממועד הצטרפותו.
- 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה ממועד הצטרפותו.
- יובהר, למבוטחים העוברים ברצף ביטוחי מביטוח אחר ייחשב מועד תחילת הביטוח, לעניין תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם, כמועד בו הצטרפו לביטוח לראשונה בתקופות הביטוח שקדמו לתקופת הביטוח על פי הסכם זה. למבוטחים חדשים ייחשב מועד תחילת הביטוח לעניין תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם המועד בו הצטרפו לביטוח על פי הסכם זה.
- 15.6.3. הצהיר מבוטח במהלך הצטרפותו לביטוח על מצב רפואי מסוים, רשאי המבטח לקבוע סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שיפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים. סייג זה יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 15.6.4. הצהיר מבוטח במסגרת הצטרפותו לביטוח זה על מצב רפואי מסוים, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים, סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף.
- 15.6.5. נדרש המבוטח למלא הצהרת בריאות על פי תנאי ההצטרפות לביטוח זה ובהצהרת הבריאות לא נשאל המבוטח על מצב רפואי מסוים, יחול על מצב רפואי מסוים זה סייג בשל מצב רפואי קודם לתקופות כמפורט בסעיף 14.10.2 לעיל.
- 15.6.6. למען הסר ספק, האמור בסעיפים 15.10.3 - 15.10.5 יחול רק במקרים בהם נדרש מבוטח המצטרף לביטוח למלא הצהרת בריאות, כמפורט בתנאי ההצטרפות הקבועים בסעיף 7 לעיל.
- 15.6.7. מבוטח אשר הצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא מביטוח בריאות קודם, כאמור בסעיף 9 לעיל, ולא נדרש למלא הצהרת בריאות במסגרת הצטרפותו לביטוח זה, יחולו עליו תנאי הקבלה לפוליסה הקודמת (חריגים וסייגים רפואיים, אך לא תוספות רפואיות) במהלך 12 החודשים הראשונים ממועד הצטרפותו לביטוח זה, ולאחר מכן יבוטלו התנאים החריגים, והוא יהיה זכאי לכיסוי ללא סייג או הגבלה בשל מצב רפואי קודם.
- 15.6.8. סייג מצב רפואי קודם לא יחול בגין מום מולד, במקרה של ילד שצורף לביטוח מרגע לידתו, או ילד שצורף תוך 90 יום מיום לידתו ושני הוריו (אם נולד לאם חד-הורית, גרושה או אלמנה אזי רק היא) היו מבוטחים למעלה מששה חודשים במועד צירופו לביטוח.

15.7. החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל, לרבות, בגין אי ביצוע הטיפול הרפואי במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

16. מתן מסמכים והודעות למבוטח

16.1. החברה תמסור 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;

16.2. על אף האמור לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח, ללא שינוי בדמי הביטוח וביתר תנאי הכיסוי הביטוחי, תמסור החברה לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח ויציין בה כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.

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

16.3.1. שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח;

16.3.2. סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה;

16.3.3. הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח;

16.3.4. תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשללה נקבעה התוספת האמורה;

16.3.5. אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;

16.3.6. פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.

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

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

16.6. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפי מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח לצירופו לביטוח כמפורט בסעיף 8 לעיל (הצטרפות וולונטרית), תיכלל בהודעה פסקה לעניין ההסכמה המפורשת של המבוטח הנדרשת; לא התקבלה הסכמתו המפורשת כאמור של המבוטח עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח הודעה נוספת בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח (להלן: "הודעה שניה");

לעניין זה -

"שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנוכללה בפוליסה;

16.7. 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, 30 ימים לפני חידוש הביטוח.

16.8. 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 למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

17. ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסוים

17.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

17.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח לצירופו בהתאם לסעיף 8 לעיל (הצטרפות וולונטרית), ולא התקבלה הסכמה כאמור בחלוף 21 ימים ממסירת ההודעה השניה, כהגדרתה בסעיף 14.5 לעיל, 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; בוטל הביטוח כאמור בפסקת משנה זו ופנה מבוטח אל החברה בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי ונתן הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח על פי הסכם זה רטרואקטיבית ממועד הביטול, תוך שמירה על רצף ביטוחי, בכפוף לתשלום הפרמיה בגין התקופה בה לא היה מבוטח.

17.3. הודעה על ביטול הביטוח על פי סעיף זה, תישלח את המבוטח הן באמצעות דיוור ישיר לביתו והן באמצעות הודעה שתיוסר לבעל הפוליסה לצורך העברתה למבוטח באמצעים העומדים לרשות בעל הפוליסה.

17.4. יובהר, אין באמור כדי להטיל על בעל הפוליסה חובה או אחריות כלשהי למסירת ההודעה למבוטח.

18. תנאי הצמדה למדד

כל התשלומים לחברה ועל ידי החברה על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, ויוצמדו לשיעור שינוי המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

19. חובת גילוי

בכל מקום בו נדרש המבוטח, על פי תנאי הסכם זה, למסור מידע לחברה, לרבות תאריך לידתו המדויק, על המבוטח לספק מידע מלא וכן. הפר המבוטח את חובת הגילוי האמורה, בין אם במסירת עובדות כוזבות, ובין אם בהעלמת עובדות בנוגע למקרה הביטוח או בנוגע לחבות החברה, תנהג החברה על-פי הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

20. ספקי שירות

בכל מקום בו פרק כיסוי על פי הסכם זה ניתן באמצעות ספק שירות חיצוני עימו התקשרה החברה (כתב שירות), תהא לבעל הפוליסה הזכות לדרוש החלפת ספק במקרה בו יועלו נימוקים ענייניים בנוגע לטיב השירות, אופן אספקת השירותים, ואיכות ספק השירות עימו התקשרה החברה.

21. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלם על פי ביטוח זה, אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

22. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל

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

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

22.3. על אף האמור לעיל, במידה ואירע מקרה ביטוח על פי ביטוח זה, בעת שהות המבוטח בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 120 יום ברציפות, יהא המבוטח זכאי לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח על פי תנאי ההסכם עם שובו ארצה.

23. חל"ד / חל"ת

23.1. מבוטח בחל"ת / חל"ד, ימשיך להיות מבוטח במהלך תקופת החל"ת / חל"ד לכל דבר ועניין, כל עוד ישולמו בגינו דמי הביטוח במלואם, בין אם במהלך תקופת החל"ת / חל"ד, ובין אם לאחר שובו לעבודה, רטרואקטיבית בגין כל התקופה.

24. עדכון הכיסוי הביטוחי

24.1. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הביטוח. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה על גובה הפרמיה, יתאפשר לחברה לדרוש העלאת דמי הביטוח בהתאם. העלאת דמי הביטוח תבוצע בהסכמת הצדדים.

24.2. בעל הפוליסה יהיה רשאי לפנות לחברה, בתום כל שנת ביטוח בדרישה להכנסת שינויים ו/או עדכונים ו/או הרחבות ו/או שיפורים בתנאי הביטוח. אם לדרישת בעל הפוליסה ישנה השלכה המשפיעה על גובה הפרמיה, יתאפשר לחברה לדרוש העלאת דמי הביטוח בהתאם. העלאת דמי הביטוח תבוצע בהסכמת הצדדים.

25. התיישנות

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

למען הסר ספק, הגשת תביעה לחברה לא תעצור את מניין תקופת ההתיישנות. בהתאם לדין, רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מניין תקופת ההתיישנות.

26. חקיקה

על פוליסה זו יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו, אלא אם הותנה אחרת בפוליסה זו.

27. זכויות על פי הפוליסה בעת השירות הצבאי

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.

28. כתובות הצדדים

בעל הפוליסה: זומאינפו ישראל

שכתובתו: תדהר 17 רעננה

החברה: הראל חברה לביטוח

שכתובתה: אבא הלל 3 רמת גן

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

רובד הבסיס

פרק 1: השתלות וטיפולים מיוחדים

1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או טיפול מיוחד.

2. הכיסוי הביטוחי

בקורות מקרה הביטוח, בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבוטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

■ נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי דין החל באותה מדינה.

■ מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

בכפוף לכך, תכסה החברה את עלות ההשתלה או הטיפול המיוחד על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

2.1. הוצאות רפואיות

המבוטח יהיה זכאי לכיסוי ההוצאות הרפואיות המפורטות להלן, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

2.1.1. כיסוי מלוא ההוצאות רפואיות אצל ספק שבהסכם.

2.1.2. כיסוי עד תקרה בגובה 5,000,000 ₪ להשתלה או 1,000,000 ₪ לטיפול מיוחד, להוצאות רפואיות אצל ספק שאינו בהסכם.

על אף האמור, יינתן כיסוי מלא במקרה בו תיאום ההשתלה או הטיפול המיוחד בוצע על ידי החברה, לאחר שהמבוטח בחר את המטפל, מקום הטיפול ומועד הטיפול, הודיע לחברה מראש ואיפשר לחברה לתאם עבורו את הטיפול הרפואי.

2.1.3. הוצאות רפואיות הין כמפורט להלן:

2.1.3.1. בדיקות התאמה ו/או הערכה לקראת השתלה או טיפול מיוחד, לרבות שכר הצוות הרפואי ועלויות האשפוז לבדיקות אלה.

יובהר, יכוסו בדיקות התאמה ו/או הערכה גם אם בוצעו שלא בעת אשפוז.

2.1.3.2. אשפוז בבית חולים לקראת, במהלך ו/או לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.1.3.3. בדיקות רפואיות במהלך האשפוז ו/או לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.1.3.4. טיפול רפואי לרבות טיפול תרופתי וטיפול פרא-רפואי במהלך האשפוז לקראת, במהלך ו/או לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.1.3.5. עלויות חדר הניתוח והצוות הרפואי לרבות צוות סיעודי

2.2. הוצאות נלוות

המבוטח יהיה זכאי לכיסוי הוצאות נלוות כמפורט להלן, בנוסף לכיסוי ההוצאות הרפואיות שפורטו לעיל:

2.2.1. בדיקות רפואיות המבוצעות לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד ו/או לאחריו שלא במהלך אשפוז יכוסו בתנאי שהינן נדרשות בקשר ישיר עם טיפול הרפואי על פי דרישת מבצע הטיפול בפועל, ויבוצעו בסמוך לו.

- 2.2.2. שתי התייעצויות עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי, עד תקרה של 1,200 ₪ לכל התייעצות.
- 2.2.3. הוצאות איתור איבר, איתור תורם מח עצם ו/או תאי אב, רישום במאגרים בחו"ל, ביצוע בדיקות רפואיות וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור איבר ו/או איתור תורם.
- 2.2.4. ההוצאות הכרוכות בקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע הטיפול הרפואי.
- 2.2.5. הבאת מומחה - מבוטח הזכאי לביצוע השתלה או טיפול מיוחד, יהיה זכאי לכיסוי עלויות הבאת מנתח או רופא מומחה זר או ציוד רפואי מיוחד לישראל לביצוע הטיפול הרפואי בישראל הכוללות הוצאות הטסה ושהות של המנתח או הרופא המומחה בישראל ו/או הטסה של הציוד הרפואי. למען הסר ספק, עלויות אלה אינן כוללות את הכיסויים המפורטים בסעיפים 2.1 ו-2.2. (למעט ס"ק זה) אשר יכוסו על פי המפורט בהם.
- על אף האמור, ינתן כיסוי מלא במקרה בו תיאום הבאת מטפל זר בוצע על ידי החברה.
- 2.2.6. טיפולי המשך בחו"ל ו/או בישראל, הנדרשים למבוטח על פי קביעת הרופא שביצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד, ו/או על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח.
- 2.2.7. **טיסות והעברות**
- 2.2.7.1. עלויות טיסה סדירה במחלקת תיירים, לארץ הטיפול ובחזרה, לצורך ביצוע הטיפול הרפואי, למבוטח ומלווה אחד (שני מלווים במקרה של מבוטח קטין).
- 2.2.7.2. במקרה בו על פי קביעת המרכז הרפואי בו מבוצע הטיפול בפועל ו/או על פי קביעת הרופא שיבצע את הטיפול בפועל, נדרש המבוטח לבדיקות התאמה / הערכה כאמור בסעיף 2.1.3.1 לעיל בחו"ל, יכוסו הוצאות טיסה סדירה במחלקת תיירים, לארץ הטיפול ובחזרה ממנה, לצורך ביצוע בדיקות כאמור, למבוטח ומלווה אחד (שני מלווים במקרה של מבוטח קטין).
- 2.2.7.3. הטסה רפואית - במקרה בו נקבע על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב הטסה רפואית, יכוסו עלויות הטסה רפואית (לרבות הטסת רופא מלווה, אם נדרש).
- 2.2.7.4. הטסת גופה - עלויות הטסת גופה לישראל, במקרה של פטירת המבוטח בחו"ל.
- 2.2.7.5. הוצאות העברה יבשתית - הוצאות העברה יבשתיות אל מקום ביצוע הטיפול הרפואי ובחזרה, באמצעי העברה התואם את מצבו הרפואי של המבוטח, לרבות הטסה רפואית פנימית בתוך גבולות המדינה בה מבוצעת ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 2.2.8. **שהייה בחו"ל**
- 2.2.8.1. הוצאות שהייה - יכוסו הוצאות שהייה סבירות למגורים ולכלכלה (מזון, שתייה וצרכי קיום יום-יומי) למבוטח ומלווה או למבוטח ושני מלווים במקרה של מבוטח קטין.
- 2.2.8.2. הוצאות רפואיות במהלך השהייה - הוצאות בגין טיפולים רפואיים (לרבות טיפול תרופתי, בדיקות מעבדה לאבחון או מעקב רפואי,

עירוניים, דיאליזה וכיו"ב), להם נדרש המבוטח בשל מצבו הרפואי במהלך שהייתו בחו"ל בהמתנה לטיפול הרפואי בחו"ל.

2.2.9 תורם איבר

במקרה של השתלה מאדם אחר, יכוסו הוצאות טיסה הלוך ושוב ושהייה של התורם, וכל הוצאה רפואית של התורם, הכרוכה בקציר האיבר, והטיפול הרפואי בתורם לפני ואחרי פעולת קציר האיבר בקשר ישיר עימה, לרבות הוצאות בגין העברות יבשתיות, אשפוז, צוות רפואי, טיפול תרופתי בקשר ישיר עם פעולת קציר האיבר, בדיקות רפואיות המבוצעות לפני ובמהלך האשפוז, בקשר ישיר עם פעולת קציר האיבר, וכל הוצאה אחרת הקשורה במישרין עם הפרוצדורה הרפואית של פעולת קציר האיבר.

2.3 פיצוי

המבוטח יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

2.3.1 למבוטח אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר ו/או קביעה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח, על הצורך בהשתלת איבר.

2.3.2 ההשתלה הנדרשת איננה השתלת מח עצם או קרנית או עור.

2.3.3 מבוטח שייבחר בפיצוי על-פי סעיף זה לא יהיה זכאי לכיסויים המפורטים בסעיפים 2.1 - 2.2 לעיל.

2.3.4 מובהר כי הפיצוי על פי סעיף זה ישולם ללא תלות בביצוע ההשתלה בפועל.

2.4 גמלה למועמד להשתלה

2.4.1 מבוטח יהיה זכאי לגמלה חודשית לפני ביצוע ההשתלה אם התקיימו כל התנאים המפורטים להלן:

2.4.1.1 מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה על פי קביעת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

2.4.1.2 נתקבל אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה בטרם ביצוע ההשתלה של המבוטח.

2.4.1.3 המבוטח מרותק למיטתו או מאושפז בבית חולים בשל מצבו הרפואי.

2.4.2 הגמלה החודשית למועמד להשתלה הינה כמפורט להלן:

2.4.2.1 למבוטח המרותק למיטתו - 6,000 ₪ בחודש.

2.4.2.2 למבוטח המאושפז בבית חולים - 3,000 ₪ בחודש.

2.4.3 הגמלה תשולם עד למועד ביצוע ההשתלה ו/או לתקופה מקסימאלית בת 6 חודשים ו/או עד למועד שבו חדל להתקיים התנאי המפורט בסעיף 2.4.1.3, לפי המוקדם ביניהם.

2.5 גמלת החלמה

2.5.1 לאחר השתלה

2.5.1.1 במקרה של השתלה המכוסה על פי פרק זה שאינה השתלת מח עצם, יהיה המבוטח זכאי לגמלה חודשית בגובה 6,000 ₪ לחודש, למשך 24 חודשים.

2.5.1.2 במקרה של השתלת מח עצם (שאיננה השתלת מח-עצם עצמית) המכוסה על פי פרק זה, יהיה המבוטח זכאי לגמלה חודשית בגובה 3,000 ₪ לחודש, למשך 12 חודשים.

2.5.1.3. נפטר המבוטח במהלך תקופת תשלום הגמלה, יהיו זכאים יורשיו החוקיים לקבלת יתרת הגמלה.

2.5.1.4. מבוטח הזכאי לגמלה חודשית כאמור לעיל, או יורשיו החוקיים, יוכלו לבקש לקבל את תשלומי הגמלה בתשלום אחד בגין כל התקופה. במקרה זה יהיה המבוטח ו/או יורשיו החוקיים זכאים לתשלום חד פעמי בשיעור של 85% מהגמלה המצטברת בגין כל תקופת התשלום.

2.5.2. לאחר טיפול מיוחד בחו"ל

2.5.2.1. במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה על פי הסכם זה, יהיה המבוטח זכאי לגמלה חד פעמית בגובה 10,000 ₪ עם שובו לישראל.

2.5.2.2. גמלה זו לא תשולם במקרה בו נפטר המבוטח טרם חזרתו ארצה.

פרק 2: תרופות מיוחדות

1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול תרופתי.

2. הכיסוי הביטוחי

- 2.1 בקרת מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות הטיפול התרופתי בניכוי השתתפות עצמית ועד תקרת הכיסוי המפורטת להלן, ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:
- 2.2 טיפול תרופתי בתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.
- 2.3 טיפול תרופתי בתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.
- 2.4 טיפול תרופתי בתרופת OFF LABEL או בתרופת יתום.
- 2.5 טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת.
- 2.6 השירות הרפואי הכרוך במתן הטיפול התרופתי יכוסה עד תקרה כוללת בגובה 5,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

3. תקרת כיסוי

- 3.1 לכל מקרה ביטוח, תקרת הכיסוי לטיפול תרופתי על-פי סעיפים 2.1 - 2.4 תהיה 2,500,000 ₪ למשך 30 חודשים, ותתחדש ליתרת תקופת הביטוח.
- 3.2 לכל מקרה ביטוח, תקרת הכיסוי לטיפול תרופתי על-פי סעיף 2.5 תהיה 200,000 ₪. במידה ולאחר מיצוי 200,000 ₪ יימצא כי התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח באמצעות מסמך מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, תקרת הכיסוי על פי סעיף זה תוגדל ותהא בסך כולל של 1,000,000 ₪ לתקופת הביטוח.

4. השתתפות עצמית

- 4.1 ההשתתפות העצמית לטיפול תרופתי תהיה בגובה 150 ₪ למרשם לחודש, ולא יותר מ-300 ₪ לכל המרשמים בחודש, למעט טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת על פי סעיף 2.5, שבגינו תשולם השתתפות עצמית למרשם לחודש, ללא הגבלה לכמות המרשמים בחודש.
- 4.2 על אף האמור לעיל, הכיסוי לטיפול תרופתי על-פי סעיפים 2.1 - 2.4 לתרופות למחלת הסרטן ו/או לתרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש יהיה ללא השתתפות עצמית.

5. טיפול תרופתי - תנאים מיוחדים

- 5.1 מבוטח שנטל תרופה טרם הצטרפותו לביטוח, ונדרש בשל שינוי במצבו הרפואי במהלך תקופת הביטוח לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.
- 5.2 מבוטח שנטל תרופה טרם הצטרפותו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח אירע מקרה ביטוח על פי הסכם זה, כתוצאה ממצב רפואי אחר, המחייב טיפול תרופתי באותה תרופה, יהיה זכאי לכיסוי הטיפול התרופתי למצבו הרפואי החדש ולא יחולו הוראות מצב רפואי קודם.

5.3. להבטחת הכיסוי על פי פרק זה יש לפנות לקבלת אישור החברה מראש ולפני רכישת התרופה. אישור החברה מראש איננו תנאי לכיסוי, כמפורט בסעיף 13.5 לתנאים הכלליים.

5.4. **חריגים לפרק התרופות:**

5.4.1. **טיפול תרופתי הניתן במהלך אשפוז לצורך ניתוח ו/או השתלה ו/או טיפול מיוחד, ובתנאי שהתרופות הנדרשות במהלך האשפוז מכוסות על פי פרק הכיסוי הרלוונטי.**

5.4.2. **טיפול תרופתי למניעה במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון ו/או תרופות מתחום הרפואה האלטרנטיבית, אלא אם הצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח.**

פרק 3: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח במבוטח בחו"ל.

2. הכיסוי הביטוחי

במקרה מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות ניתוח בחו"ל והשירותים הנלווים לניתוח בהתאם לתנאים ולתקרות המפורטים להלן:

2.1. במקרה של ניתוח - שכר מנתח, ובמקרה של טיפול מחליף ניתוח - שכר מבצע הטיפול שהינו רופא מומחה בעל התמחות בתחום הרלוונטי לטיפול מחליף הניתוח הנדרש למבוטח.

2.2. עלויות חדר ניתוח וצוות מנתח.

2.3. עלויות אשפוז הכוללות:

2.3.1. שהייה בחדר בן 2-3 מיטות עד למשך 45 ימים.

2.3.2. שהייה בטיפול נמרץ.

2.3.3. טיפולי פיזיותרפיה הנדרשים בקשר ישיר עם הטיפול הרפואי המבוצעים במהלך האשפוז.

2.3.4. טיפול תרופתי במהלך האשפוז.

2.3.5. בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז.

2.3.6. כל הוצאה רפואית אחרת הנדרשת על פי הנחיית המטפל ו/או הצוות הרפואי בבית החולים ומחויבת על ידי בית החולים במסגרת עלויות האשפוז.

2.4. שתל עד תקרת כיסוי בגובה 70,000 ₪.

3. בנוסף לאמור בסעיף 2 לעיל, תכסה החברה גם את ההוצאות הבאות:

3.1. הטסה רפואית

מבוטח, אשר על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מצבו הרפואי מחייב הטסה רפואית, יהיה זכאי לכיסוי עלויות הטסה רפואית (לרבות הטסת רופא מלווה, אם נדרש) במלואן, בכפוף לתיאום ההטסה על ידי החברה. במקרה בו לא תואמה ההטסה על ידי החברה הכיסוי יהיה עד תקרה בגובה 180,000 ₪.

3.2. הטסת גופה

החברה תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר המבוטח בעת שהותו בחו"ל.

3.3. כיסויים נוספים במקרה ניתוח גדול ו/או ניתוח שבגיניו שהה המבוטח באשפוז מעל 5 ימים ו/או ניתוח שהמבוטח הוטס בהטסה רפואית

3.3.1. הוצאות שהייה - יכוסו הוצאות שהייה סבירות למבוטח ומלווה (למבוטח ושני מלווים במקרה של מבוטח קטין), עד 30 ימים.

3.3.2. הוצאות טיסה - יכוסו עלויות טיסה סדירה במחלקת תיירים או עסקים בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח ועל פי הוראת רופא מומחה, לאורך הטיפול ובחזרה ממנה, לצורך ביצוע הטיפול הרפואי, למבוטח ומלווה אחד (שני מלווים במקרה של מבוטח קטין).

3.3.3. שכר אח/אחות פרטית יכוסה עד תקרה בגובה 700 ₪ ליום ולתקופה של עד 14 ימים.

3.3.4. הוצאות העברה יבשתית - יכוסו הוצאות העברה יבשתיות אל מקום ביצוע הטיפול הרפואי ובחזרה, באמצעי העברה התואם את מצבו הרפואי של המבוטח, לרבות הטסה רפואית פנימית בתוך גבולות המדינה בה מבוצע הניתוח בחו"ל.

4. 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 ש"ח.

5. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בסעיף 15 לחלק הכללי לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה במקרים הבאים:

5.1. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל. על אף האמור, מבוטח ששהה מחוץ למדינת ישראל למעלה מ-183 ימים בשנה במצטבר, בשל נסיעות תכופות (למעלה מ-20 נסיעות בשנה) ומרכז חייו בישראל, יהיה זכאי לכיסוי מקרה ביטוח על פי פרק זה, ובלבד שהניתוח בוצע במהלך נסיעה לחו"ל לצורך הניתוח.

5.2. בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה, למעט ניתוחים מניעתיים שהוגדרו במפורש בהגדרת ניתוח לעיל.

6. תנאי לכיסוי הביטוח

6.1. בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את חברה, וימסור לחברה את שם המוסד הרפואי וכתובתו בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.

6.2. תיאום הניתוח ו/או הטיפול מחליף הניתוח, ההתקשרות עם ספקי השירות בחו"ל והסדרת עלויות הטיפול ואופן התשלום (להלן: "תיאום הניתוח") יבוצע על ידי החברה, לאחר שהמבוטח מסר לחברה את הפרטים הנדרשים לצורך תיאום הניתוח, לרבות סוג הניתוח הנדרש, פרטי המנתח או מבצע הטיפול מחליף הניתוח לפי העניין, בית החולים ומועד הניתוח / הטיפול.

6.3. בחר המבוטח לבצע ניתוח בחו"ל ללא תיאום הניתוח על ידי החברה, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הניתוח בשיעור 200% מעלות הניתוח אצל ספקים שבהסכם עם החברה לניתוח זהה בישראל או עד תקרת עלות הניתוח אצל ספקי הסכם של החברה בחו"ל, הגבוה ביניהם ובכל מקרה לא יותר מהעלות בפועל.

6.4. בחר המבוטח לבצע טיפול מיוחד בחו"ל ללא תיאום הטיפול על ידי החברה, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הטיפול עד הגובה מבין המפורט להלן ובכל מקרה לא יותר מהעלות בפועל:

6.4.1. עד תקרת עלות הטיפול מחליף הניתוח אצל ספקי הסכם של החברה בחו"ל.

6.4.2. תקרת עלות הניתוח המוחלף אצל ספקים שלחברה הסכם עימם בחו"ל.

6.4.3. כיסוי בשיעור 200% מעלות הניתוח המוחלף אצל ספקים שבהסכם עם החברה לניתוח זהה בישראל.

פרק 4: כתב שירות - רפואת און-ליין

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

כתב שירות זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה ו/או מכתב השירות לו צורף.

השירות הניתן על פי כתב שירות זה ניתן על ידי ספק שירות, שאינו החברה, בהתאם לתנאים ולמגבלות המפורטים להלן.

1. השירות

שירות זה מאפשר למנוי לקבל ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידאו, באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט, עם רופא בתחום המשפחה והילדים ועם רופא מומחה בתחומים הקבועים להלן והמשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית במידת הצורך לפי קביעת הרופא המייעץ. מתן השירות כפוף למיכשור טכנולוגי מתאים של המנוי וינתן בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות להלן.

2. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידי:

- 2.1. "אתר האינטרנט של הספק" - כתובת האתר הנה- virtualclinic.bikurofe.co.il וניתנת לשינוי ו/או לעדכון בכל עת.
- 2.2. "החברה" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 2.3. "הפוליסה" - הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה.
- 2.4. "מנוי" - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו ומספר תעודת הזהות שלו נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
- 2.5. "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות.
- 2.6. "דמי מנוי" - הסכום בגין כתב שירות זה שעל המנוי לשלם לחברה, על-פי תנאי כתב שירות זה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
- 2.7. "ילד" - עד גיל 21 אשר שמו ותעודת זהותו נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
- 2.8. "הספק" - הגוף עמו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.
- 2.9. "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כבית חולים כללי בלבד, למעט מוסד שהוא סנטריום, בית החלמה, בית הבראה או מוסד שיקומי.
- 2.10. "מחלקה לרפואה דחופה / חדר מיון" - אגף הצמוד לבית החולים והנו חלק בלתי נפרד ממנו, אשר הוכר כחדר מיון על ידי הרשויות המוסמכות.
- 2.11. "רופא" - אדם שהוסמך, על ידי השלטונות המוסמכים בישראל, כרופא והנו בעל רישיון ממושרד הבריאות לעסוק ברפואה.
- 2.12. "רופא מומחה" - רופא בעל תואר מומחה ברפואה, אשר הוצא על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל ושמו כלול ברשימת הרופאים, לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973; וספק השירות התקשר עימו בהסכם למתן השירות.
- 2.13. "רופא מייעץ" - רופא משפחה (כהגדרתו להלן), רופא מלר"ד, רופא ילדים (כהגדרתו להלן) או רופא מומחה לרפואה פנימית מטעם הספק, לצורך מתן השירות לפי כתב שירות זה.

- 2.14. "רופא משפחה" - רופא מומחה כהגדרתו לעיל בעל התמחות ברפואת משפחה, המשמש כרופא משפחה באחת מקופות החולים או בית חולים בישראל.
- 2.15. "רופא ילדים" - רופא מומחה כהגדרתו לעיל בעל התמחות בילדים, המשמש כרופא ילדים באחת מקופות החולים או בית חולים בישראל.
- 2.16. "מוקד השירות" או "המוקד" - שירות טלפוני שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה, בשעות הפעילות המצוינות בנוגע לשירותים כאמור. מספר הטלפון של מוקד השירות של הספק עבור מנוי הראל הוא: 1-800-260-660.
- 2.17. "המועד הקובע" - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
- 2.18. "השתתפות עצמית" - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו, על מנת לקבל שירותים עפ"י כתב שירות זה, כמפורט בכתב שירות זה. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק. יובהר כי ההשתתפות העצמית משולמת בנפרד בגין כל מנוי ובגין שירות עבורו מצוין כי קיימת השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 3 להלן.
- 2.19. "נותן שירות" - רופא/ה, רופא/ה מומחה, מרפאה לרפואה ראשונית וכל גורם אחר, המספק שירות המפורט בכתב שירות זה, ואשר הספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות או במועד קבלת השירות בפועל, לפי העניין.
- 2.20. "תקופת השירות" - תקופה שתחל מהמועד הקובע וסיומה במועד סיום כתב השירות עבור המנוי מכל סיבה שהיא, בהתאם ובכפוף לאמור בכתב שירות זה.
- 2.21. "מרפאה לרפואה ראשונית" - מרפאה של ספק השירות לקבלת טיפולים לרפואה ראשונית וביניהם רנטגן, תפירות, משטח גרון, אינהלציה, ספירת דם, מעבדת שתן, אק"ג, גיבוס, אורתופדיה ועוד.

3. פירוט השירותים

השירותים הכלולים בכתב שירות זה כמפורט להלן, ושירותים אלו בלבד:

3.1 ייעוץ רפואי מקוון לרפואה ראשונית עם רופא מומחה בתחומי רפואת משפחה וילדים

- 3.1.1. המנוי יהיה זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא מיעץ ברפואה ראשונית. מובהר במפורש כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותים מקוונים בלבד, באמצעות שיחת וידאו, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם יינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של הרופא המיעץ ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של הרופא לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שירות מקוון וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים. למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא יימנע הייעוץ המקוון עם נותן השירות, והיה ולפי שיקול דעת הרופא לא ניתן ליתן את השירות ללא בדיקה פיזית של המבוטח, וידוע זאת לפונה הרופא עצמו.
- 3.1.2. מספר הייעוצים הרפואיים המקוונים אותם רשאי המנוי לממש במהלך תקופת השירות הנו ללא הגבלה
- 3.1.3. הייעוצים הרפואיים המקוונים הינם ללא השתתפות עצמית.
- 3.1.4. השירות על פי סעיף זה יינתן במועדים הבאים בימים א' -ה' מהשעה 18:00 ועד השעה 06:00, ובימי ו' מהשעה 14:00 עד יום א' בשעה 06:00. למעט יום כיפור בין השעות 14:00 בערב כיפור ועד שעתיים לאחר שעת סיום צום יום הכיפורים.

3.1.5. הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיף זה יתקיים עד 30 דקות מרגע קבלת הפנייה קרי - אישור בקשת השירות באתר האינטרנט של הספק או במוקד השירות, ובלבד שהפנייה תתקבל במסגרת שעות הפעילות המפורטות כנקוב בסעיף 3.1.4 לעיל.

3.1.6. הרופא המייעץ ייתן למנוי מידע והכוונה רפואית, ככל שיידרשו לפי שיקול דעתו הבלעדי, ובין היתר, יבצע (במידת הצורך) את הפעולות הבאות:

3.1.6.1. מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי או מהורי הילד המנוי.

3.1.6.2. מתן מרשם רפואי לרכישת תרופות ראשוניות בהתאם לשיקול דעתו המקצועי. המרשם יימסר באמצעות דוא"ל או פקס או באמצעי אלקטרוני אחר אשר זמין באופן סביר לרשות הרופא. המרשם יהיה חתום דיגיטלית לרכישה ברשתות ה"סופר פארם".

3.1.6.3. מתן הפנייה לחדר מיון באמצעות דוא"ל או פקס.

3.1.6.4. מתן המלצה להפניית המנוי להמשך טיפול לפי שיקול דעתו המקצועי והמלצותיו של הרופא המייעץ.

3.1.6.5. משלוח סיכום ייעוץ למנוי באמצעות דוא"ל או פקס.

3.1.6.6. השירות אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי.

3.2. רפואת מומחים - ייעוץ רפואי מקוון על ידי רופא מומחה

3.2.1. המנוי יהיה זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא מומחה תוך 24 שעות ממועד קבלת אישור בקשת השירות, מרשימת נותני השירות הקיימת באתר האינטרנט של הספק. מובהר כי רשימת הרופאים המומחים בכל תחום בגין סעיף זה, תכלול רופאים בעלי ניסיון של 5 שנים ומעלה מתום ההתמחות שלהם.

3.2.2. השירות יינתן במקרים המאפשרים על פי נסיבותיהם מתן ייעוץ רפואי מקוון, על-פי שיקול דעתו של הרופא המומחה, בתחומי הרפואה הבאים:

א.א.ג. (אף אוזן גרון), אונקולוגיה, אורולוגיה, אלרגיה, אורתופדיה, אנדוקרינולוגיה, המטולוגיה, גניקולוגיה, גסטרו ילדים, כירורגיה ילדים, כירורגיה, קרדיולוגיה, נירולוגיה. כאב, נפרולוגיה ויתר לחץ דם, עור.

3.2.3. הרופא המומחה יהיה רשאי על פי שיקול דעתו, להודיע למנוי כי הנסיבות אינן מאפשרות מתן ייעוץ רפואי מקוון. האמור בסעיף 3.1.1 לעיל, לעניין שיקול דעתו של הרופא יחול גם לעניין ייעוץ רפואי מקוון על ידי רופא מומחה בסעיף זה.

3.2.4. בסיום הייעוץ, יקבל המנוי חוות דעת רפואית של הרופא המומחה, הכוללת סיכום ייעוץ והמלצות להמשך טיפול. במידת הצורך תכלול חוות הדעת את אחד מהבאים: מרשם לצורך רכישת תרופה, הפנייה לבית חולים או למרפאה לרפואה ראשונית.

3.2.5. המנוי יעביר את המסמכים הרפואיים הרלוונטיים (צילומים, בדיקות וכו') עד שעה לפני הייעוץ הרפואי עם המומחה. ניתן להעביר את המסמכים באמצעות אתר האינטרנט של הספק, בפקס או באמצעי אלקטרוני אחר אשר זמין באופן סביר לרשות הרופא המומחה. יובהר כי העברת המסמכים הנה כלי עזר מהותי לאפקטיביות של הייעוץ הרפואי המקוון.

3.2.6. מנוי שיהיה מעוניין, יהיה רשאי לקבלת שירות איסוף מידע לקראת ייעוץ רפואי מקוון ממומחים, בהשתתפות עצמית של 90 ש"מ. במקרה זה יתואם מועד חדש לייעוץ עם רופא מומחה. איסוף המידע יתבצע בתאום מראש עם מוקד השירות במקומות שמהם ניתן לבצע איסוף.

3.2.7. עבור כל ייעוץ רפואי מקוון על פי סעיף זה, ישלם המנוי במישרין לספק, השתתפות עצמית בסך 100 ₪.

3.3 המשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית

3.3.1. מנוי אשר קיבל ייעוץ רפואי מקוון לרפואה ראשונית כאמור בסעיף 3.1 לעיל או אשר ביצע ייעוץ רפואי מקוון ממומחים כאמור בסעיף 3.2 לעיל יהיה רשאי לקבל המשך טיפול ראשוני במרפאות לרפואה ראשונית מטעם הספק במהלך 24 השעות העוקבות לייעוץ הרפואי המקוון, ובתנאי שהרופא המייעץ ו/או הרופא המומחה, לפי העניין, קבע כי על המנוי לפנות למרפאה לרפואה ראשונית להמשך טיפול או ביצוע בדיקות נוספות. השירות במרפאות לרפואה ראשונית יינתן בתנאים הבאים:

3.3.1.1. השירות יינתן במרפאות לרפואה ראשונית מטעם הספק בלבד אשר ייועדו לשירות זה ובשעות הפעילות של המרפאה. מובהר, כי לא יינתן החזר כספי בגין טיפולי המשך שניתנו במרפאות שאינן מרפאות של הספק, מכל סיבה שהיא.

3.3.1.2. מנוי שהגיע למרפאה לרפואה ראשונית, בהתאם להוראות סעיף 3.3.1 לעיל, יתקבל במרפאה ללא צורך בתהליך רישום.

3.3.1.3. ישורין תור למנוי על ידי הספק, בטרם הגיעו למרפאה.

3.3.1.4. המנוי יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הניתנים במסגרת המרפאה אליה הגיע, ללא השתתפות עצמית.

3.3.2. בתום הטיפול במרפאה הראשונית המנוי יקבל סיכום טיפול והפנייה לחדר מיון במידת הצורך.

3.4. השירותים על פי סעיפים 3.1-3.3 לעיל, יינתנו על ידי נותני שירות, כהגדרתו של מונח זה בהגדרות לעיל, ובתנאי שהמנוי פנה לאתר הספק או למוקד השירות בטרם קבלת השירות. המנוי אינו זכאי לשיפוי או כל תשלום אחר במידה וקיבל איזה מהשירותים שלא באמצעות המוקד או אתר הספק ואו שלא מנותן השירות.

3.4.1. יובהר כי המידע הרפואי ו/או הייעוצים הרפואיים שיינתנו במסגרת כתב שירות זה, הינם שירותים הניתנים בהסתמך על המידע הנמסר על ידי המנוי ו/או הורי הילד המנוי ובהתבסס על מידע זה בלבד.

3.4.2. מובהר, כי בכל מקרה של בעיה דחופה, מצב חירום רפואי, או מצב מצוקה על המנוי לפנוי באופן מיידי לקבלת טיפול רפואי אצל גורם אחר לרבות שירותי רפואה דחופה. כן מובהר שאין בייעוץ המקוון כדי להוות תחליף לבדיקה ו/או ייעוץ רפואי מלא על ידי צוות רפואי, בהתאם לצורך.

4. אופן קבלת השירותים

4.1. מנוי הזכאי לקבלת שירות על פי כתב שירות זה יפנה לאתר האינטרנט של הספק ויבצע רישום ראשוני הכולל מספר ת.ז., כתובת, טלפון ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שבגינו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש. לחילופין, רשאי המנוי לפנות למוקד השירות הטלפוני שיכון אותו על אופן קבלת השירות.

4.2. מוקד השירות הטלפוני יהיה פעיל 24/7 ובכפוף לשעות מתן השירות המצוינות בסעיף 3.1.4 לעיל.

4.3. חמש דקות לפני הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל, יקבל המנוי התראה לגבי הייעוץ SMS, באתר האינטרנט או במייל. בנוסף יקבל המנוי תזכורת על מועד הייעוץ על פי סעיף 3.2 לעיל, שעה לפני הייעוץ שנקבע.

4.4. במועד הייעוץ יתחבר המנוי לאתר האינטרנט של הספק, באמצעות אפליקציה או לינק במייל ויקבל את השירות.

- 4.5. המנוי רשאי לבטל את הזמנתו לקבלת השירות באמצעות בקשת ביטול באתר האינטרנט של הספק או להודיע על כך למוקד השירות לפני המועד המתוכנן של הייעוץ המקוון. למען הסר ספק, מובהר כי אם לא יודיע המנוי על הביטול לפני המועד המתוכנן כאמור, ייחשב כאילו מימש את השירות שהוזמן לכל דבר ועניין, לרבות לעניין ההשתתפות העצמית לגבי שירות הכרוך בתשלום השתתפות עצמית כמפורט בכתב השירות לעיל.
- 4.6. הספק מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף 3 לעיל.

5. הגבלות וסייגים

- 5.1. החברה ו/או הספק אינם אחראים בגין פגיעה ביכולת ליתן את השירותים או חלק משמעותי מהם, עקב מלחמה או גיוס כללי, מתקפת טרור, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.
- 5.2. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מתקפת טרור, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.
- 5.3. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, החברה ו/או הספק לא יהיו אחראים בגין כל נזק שייגרם עקב כשל בתקשורת הנובע מגורמים חיצוניים, וכן מטיב התקשורת בנקודת הקצה של המנוי.
- 5.4. יובהר, כי העברת מידע רפואי על ידי המנוי לנותן השירות אינה מהווה קבלת של המידע הרפואי בידי החברה.
- 5.5. יובהר, כי השירות לרפואת מומחים כמפורט בסעיף 3.2 לעיל, הנו לרשימת ההתמחויות המפורטת בסעיף זה בלבד.

6. הגבלות

החברה לא תהיה אחראית בגין הוצאות בכל אחד מהעניינים הבאים:

- 6.1. הוצאות שהוציא המנוי עבור שירות, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 6.2. הוצאות שהוציא המנוי עבור שירותים על ידי מבצע שירות אחר, שאינו מבצע שירות או נותן שירות שבהסכם, כהגדרתו לעיל.

7. תוקפו של כתב השירות

- 7.1. כתב השירות ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע. לעניין תוקפו של כתב השירות יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל את כתב השירות אם יוחלט על ידיה לבטלו או לא לחדש, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור המפקח על ביטוח. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 60 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.
- 7.2. מובהר כי המנוי זכאי לבטל את כתב השירות בכל עת. הביטול יהיה בתוקף ממועד קבלת הודעת המנוי בחברה. ככל ששולמו על-ידי המנוי פרמיה בגין כתב השירות בגין התקופה שלאחר הביטול, יוחזר למנוי החלק היחסי של התשלום ששילם בגין התקופה שלאחר ביטול כתב השירות.

- 7.3. תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו במקרים הבאים:
- 7.3.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח אליה צורף כתב שירות זה, כאמור בסעיף 7.2 לעיל.
 - 7.3.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד - במועד בהתאם למפורט בסעיף 8 להלן.
 - 7.3.3. במקרה של סיום ו/או הפסקה של ההסכם שבין החברה לספק, בהתאם לאמור בסעיף 7.1 לעיל.
 - 7.4. להסרת כל ספק, יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת שירותים על פי כתב שירות זה. על אף האמור, מנוי שפנה לקבלת שירות בטרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, יהיה זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה.
 - 7.5. בוטל כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תחדל החברה לגבות מהמנוי דמי מנוי בגין כתב שירות זה החל מהמועד בו בוטל כתב השירות.
 - 7.6. בכל מקרה של ביטול כתב השירות, לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני ביטול כתב השירות.
 - 7.7. החברה רשאית לערוך בכל עת שינויים בכתב שירות זה, ושינוי כאמור ייכנס לתוקף 30 יום לאחר מתן הודעה על כך בכתב למנוי. במקרה זה, יהיה המנוי רשאי להמשיך בכפוף לשינוי שיערך בכתב השירות או להודיע על רצונו להפסיק את המנוי על פי כתב השירות בהודעה בכתב לחברה.

8. שונות

- 8.1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
- 8.2. אם רשומים כמה מנויים לכתב השירות, הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטחת, ייחשבו כהודעות שנמסרו לכלל המנויים בכתב השירות.
- 8.3. המנוי מתחייב להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם, ולא תישמע מפיו הטענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה אליו, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.
- 8.4. כל הודעה לחברה תימסר בכתב.
- 8.5. כתב שירות זה מתייחס לגברים ונשים כאחד.
- 8.6. הזכות לקבלת השירות הנה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

9. מקום השיפוט

- בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים עם כתב שירות זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך בישראל והדין החל הינו דיני מדינת ישראל בלבד.

רובד מורחב

פרק 5: ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות (הכיסוי האחד)

1. על פרק זה יחולו ההגדרות המפורטות להלן, ולא ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים בסעיפים:
 - 1.1. **בית חולים פרטי** - אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
 - 1.2. **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. **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.
 - 1.5. **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
 - 1.6. **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 וביחיות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
 - 1.8. **שתל** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
 - 1.9. **תקופת אכשרה** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
 - 1.10. **הסדר ניתוח** - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

2. **מקרה הביטוח:**

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. **הכיסוי הביטוחי:**

בקרת מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים 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.

התייעצות עם רופא שבהסכם עם המבוטח תכוסה במלואה. התייעצות עם רופא שאינו רופא שבהסכם תכוסה עד תקרת החזר בגובה 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.

טיפול מחליף הניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם יכוסה במלואו.

טיפול מחליף ניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יכוסה עד לסכום הביטוח המיירבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבוטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור - לא יעלה ההחזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט של החברה.

3.5. **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 ידי 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. **חריגים:**

סעיף החריגים (סעיף 15) בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. על פרק זה יחולו החריגים המפורטים להלן בלבד.

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

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

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

- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוסח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוסח עם יחס BMI גבוה מ-40.
 - 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
 - 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוסח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוסח או השתלת לב מלאכותי;
 - 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
 - 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוסח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
 - 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
 - 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 14.12 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
5. תקופת אכשרה:
- 5.1. תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות הינה בת 90 ימים.
 - 5.2. על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

פרק 5א: ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות - משלים שב"ן

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

1. על פרק זה יחולו ההגדרות המפורטות להלן, ולא ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים בסעיפים:

- 1.1. **בית חולים פרטי** - אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.2. **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. **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.
- 1.5. **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.6. **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** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10. **הסדר ניתוח** - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

התייעצות עם רופא שבהסכם עם המבוטח תכוסה במלואה. התייעצות עם רופא שאינו רופא שבהסכם תכוסה עד תקרת החזר בגובה 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.

טיפול מחליף הניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם יכוסה במלואו.

טיפול מחליף ניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יכוסה עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבוטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור - לא יעלה ההחזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט של החברה.

4. מנגנון משלים שב"ן

למבוטחים שבחרו בכיסוי לניתוחים בישראל במנגנון משלים שב"ן, על פי פרק זה, הכיסויים על פי סעיפים 3.2 ו-3.3 יכוסו כמפורט להלן:

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

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

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

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

5. ברות ביטוח:

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

6. חריגים:

סעיף החריגים (סעיף 15) בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. על פרק זה יחולו החריגים המפורטים להלן בלבד.

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

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

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

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

6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

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

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

6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים

- מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 14.12 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
7. תקופת אכשרה:
- 7.1. תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות הינה בת 90 ימים.
- 7.2. על אף האמור בסעיף 7.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

פרק 6: שירותים אמבולטוריים

1. מקרה הביטוח

ביצוע אחד מהשירותים המפורטים להלן בישראל, במהלך תקופת הביטוח, שלא במהלך אשפוז.

2. הכיסוי הביטוחי

בקרת מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות השירות הרפואי בהתאם לתנאים ולתקרות המפורטים להלן:

2.1. התייעצויות עם רופא מומחה

התייעצויות עם רופא מומחה לגבי מצבו הרפואי של המבוטח, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל בגין ההתייעצות ולא יותר מ-1,000 ש"ח להתייעצות, ועד 3 התייעצויות בשנה.

2.2. חו"ד שנייה בחו"ל

התייעצות עם רופא מומחה או מרכז רפואי בחו"ל, עקב מחלה או תאונה שאירעו לראשונה במהלך תקופת הביטוח, תכוסה בהתאם לתנאים הבאים:

2.2.1. התייעצות עם נותן שירות שבהסכם עם החברה תכוסה במלואה.

2.2.2. התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה תכוסה עד הסכום המשולם לנותן שירות שבהסכם או עד 4,000 ש"ח, הגבוה ביניהם.

2.2.3. במקרה בו חו"ד השנייה בחו"ל מחייבת נסיעת המבוטח לחו"ל, בהתאם לדרישת נותן השירות, ועל פי קריטריונים רפואיים מקובלים, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות טיסה ושהייה בגובה 7,500 ש"ח לכל תקופת הביטוח.

2.3. בדיקות רפואיות

בדיקות רפואיות המבוצעות במבוטח, לצורך אבחון ו/או מניעת מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול בה, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקה רפואית ולא יותר מ-4,000 ש"ח לבדיקה, ועד 13,000 ש"ח בשנה.

2.4. בדיקות אבחון וקביעת דרכי טיפול למחלת הסרטן

בדיקות רפואיות המבוצעות במבוטח על פי הפניית רופא מומחה מטעם המבוטח, לצורך אבחון ו/או קביעת טיפול ו/או בחינת יעילות טיפול תרופתי ו/או קביעת פרוטוקול טיפול ו/או בחינת העמידות של התאים הסרטניים לטיפולים שונים וכל בדיקה אחרת, קיימת או עתידית, הנדרשת בקשר עם מחלת הסרטן, מניעתה, מניעת התפתחותה, הטיפול בה, סיכויי הצלחת הטיפול, או ככלי תומך החלטה, כדוגמת בדיקות NGS, Bioptia, Tempus xT, 360Guardant, GPSCancer, Foundation, Oncotype, One, Target Now, Cancer Plex, Oncodeep, Oncomine, Her2, ERCC יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל ולא יותר מ-40,000 ש"ח לשנה או אם המכון בו מבוצעת הבדיקה הינו מכון שבהסדר עם החברה, הכיסוי יהיה כיסוי מלא.

2.5. טיפולי פיזיותרפיה ושיקום

טיפול פיזיותרפיה לסוגיה השונים ו/או טיפולי שיקום (לרבות שיקום דיבור לאחר CVA) ו/או ריפוי בעיסוק לסוגיה השונים, הדרושים למבוטח על פי הנחיית רופא, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-350 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים בשנה.

במקרה של התעמלות לשיקום לבבי על פי הנחיית קרדיולוג, יכוסו טיפולי שיקום לבבי בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-150 ש"ח לחודש למשך 9 חודשים.

2.6. בדיקות הריון

2.6.1. בדיקות המבוצעות במהלך הריון, לרבות שקיפות עורפית ו/או סקירת מערכות ו/או בדיקת מי שפיר / סיסי שליה ו/או בדיקת NIPT (בדיקת דם לא פולשנית) כדוגמת וורפיי / מטרניטי 21 / פנואמה / ניפטי / הרמוני, ו/או או שימוש בצי'פ גנטי ו/או כל בדיקה אחרת שתידרש על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי לבחינת תקינות ההריון ו/או בריאות העובר (למעט מעקב שגרתי), יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקה רפואית ולא יותר מ-4,000 ש"ח להריון. בהריון מרובה עוברים יכוסו בדיקות ההריון לעיל בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל ולא יותר מ-6,000 ש"ח. בוצעו הבדיקות באמצעות ו/או במסגרת קופת חולים או במסגרת תוכנית השב"ן, תכסה מלוא ההשתתפות העצמית ששולמה, ולא יותר מהסכום המפורט לעיל.

2.6.2. **בדיקות גנטיות** - יכוסו בדיקות גנטיות לשלילת מומים מולדים ו/או מחלות גנטיות, או אבחון נשאות של מחלות גנטיות טרום הריון, פעם אחת במהלך תקופת הביטוח, בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-1,000 ש"ח.

2.6.3. במקרה בו קיים צורך בהפסקת הריון, בכפוף להוראות הפוליסה, באמצעות שימוש בגלולת מייפג'ין, יכוסו הוצאות הועדה והטיפול בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-3,500 ש"ח.

2.7. בדיקות הריון באם פונדקאית

הכיסוי המפורט בסעיף 2.6 לעיל יחול גם במקרה של אם פונדקאית.

2.8. הפרייה חוץ גופית

יכוסו טיפולי הפרייה או הפרייה חוץ גופית בגין שתי לידות בתקופת הביטוח (לרבות בני זוג מאותו מין), כמפורט להלן:

2.8.1. טיפולים בישראל לצורך לידת ילד ראשון או שני, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-10,000 ש"ח לכל מחזור טיפול ולא יותר מ-2 מחזורי טיפול.

2.8.2. טיפולים בחו"ל לצורך לידת ילד ראשון או שני, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-20,000 ש"ח לכל מחזור טיפול ולא יותר מ-2 מחזורי טיפול.

2.9. טיפולי התפתחות הילד

2.9.1. **בדיקות אבחון הפרעות קשב וריכוז** - מבוטח יהיה זכאי לכיסוי בדיקות אבחון להפרעות קשב וריכוז ו/או אבחונים פסיכו-דידקטיים / אבחונים נוירו-קוגניטיביים, שיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-1,500 ש"ח לכל הבדיקות בכל תקופת הביטוח.

2.9.2. **טיפול בבעיות התפתחות הילד** - מבוטח יהיה זכאי לכיסוי טיפולי פיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק לסוגי השונים ו/או קלינאות תקשורת ו/או פסיכולוגיה, בעקבות בעיה מאובחנת בהתפתחות הילד ו/או לקויות למידה אצל ילד בגילאים 3 עד 16, הנדרשים על פי קביעת רופא מומחה להתפתחות הילד (נוירולוג ילדים ו/או פסיכיאטר ילדים), בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-120 ש"ח לטיפול ועד 20 טיפולים בשנה.

2.10. אביזרים רפואיים

אביזר רפואי שאינו שתל (לרבות מדרסים, סד גבס קל, פיאה לחולה אונקולוגי, מכשירי עזר נשימתי כדוגמת CPAP, חגורות אורטופדיות אביזרי שמיעה וכו' ב), הנדרש למבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, בגין מחלה או תאונה אשר אירעו לראשונה במהלך תקופת הביטוח, יכוסה בשיעור של 60% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-10,000 ש"ח לכל האביזרים בכל תקופת הביטוח.

2.11. בדיקות גנטיות מניעתיות

אבחון גנטי לגילוי נשאות גנים סרטיניים יכוסה בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-4,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.

2.12. טיפולים אונקולוגיים

טיפולים אונקולוגיים מסוג כימותרפיה ו/או רדיותרפיה ו/או היפרתרמיה ו/או היפותרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרו מגנטיים / שדות חשמליים, הנדרשים למבוטח על פי הנחיית רופא מומחה, ואושרו למצבו הרפואי של המבוטח על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-100,000 ₪ בכל תקופת הביטוח. במקרה של טיפול במכשיר NOVOCURE הנמשך למעלה מחצי שנה, והמבוטח הציג קבלות על שמו בגין עלות הטיפול, תוגדל התקרה ב-100,000 ₪ נוספים לטיפול שבוצע החל מהחודש השביעי.

בנוסף, במקרה של גילוי מחלת סרטן, יכוסו עד 3 התייעצויות עם רופא מומחה בתחום האונקולוגיה, בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-1,500 ₪ להתייעצות.

פרק 7: הוצאות רפואיות

1. מקרה הביטוח

ביצוע אחד מהטיפולים הרפואיים ו/או השירותים המפורטים להלן, בישראל, במהלך אשפוז ו/או בקשר ישיר עם טיפול המבוצע במהלך אשפוז.

2. הכיסוי הביטוחי

בקורות מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות השירות הרפואי בהתאם לתנאים ולתקרות המפורטים להלן:

2.1. אחות פרטית

שכר אח/אחות פרטית במהלך אשפוז יכוסה עד תקרה בגובה 600 ש"ח ליום ולתקופה של עד 10 ימים.

2.2. אשפוז פרטי

המבוטח יהיה זכאי לכיסוי ההוצאה שהוציא בפועל בגין אשפוז בחדר פרטי, בשיעור של 60% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-500 ש"ח למשך 5 ימי אשפוז לכל היותר.

2.3. התקנת אביזר רפואי

2.3.1. אביזר רפואי לעניין סעיף זה כולל:

2.3.1.1. חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או אביזר, המוחדר לגוף המבוטח בהזרקה או בטכנולוגיה כירורגית אחרת, לרבות אך לא רק, הזרקה אפידוראלית תחת הדמיה, התקנת משאבת חומרי שיכוך תת עורית מסוג סינכרומד או דומה, טיפולי קייפולסטיקה לחוליות הגב, צמנט עצמות המכיל או שאינו מכיל חומר תרופתי, חומצה היאלורונית למפרקים כדוגמת PRP, synvisc, רשתות ביולוגיות כדוגמת אלודרם לשחזור שד, גרגרים / כמוסות / צינוריות רדיואקטיביים לטיפול הקרנה פנימית, דבקים ביולוגיים לטיפול במחלות ריאה וכיוצא באלו.

2.3.1.2. כאביזר רפואי ייחשב גם כל אביזר בין אם מורכב בגופו של המבוטח באופן קבוע ובין אם באופן זמני, במהלך ניתוח ו/או בסמוך לו (לפניו או לאחריו, כחלק בלתי נפרד מההליך הניתוחי).

2.3.2. נדרש המבוטח על פי המלצת רופא מומחה להתקנת אביזר רפואי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ו/או למניעת החמרתו ו/או לטיפול בסימפטומים של מצבו הרפואי, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי התקנת האביזר הרפואי. למען הסר ספק, אביזר / תכשיר / תרופה למניעת הריון מסיבות שאינן רפואיות, אינם מכוסים על פי סעיף זה.

2.3.3. כיסוי התקנת אביזר רפואי יכלול:

2.3.3.1. שכר הרופא המבצע את התקנת האביזר הרפואי.

2.3.3.2. שכר רופא מרדים.

2.3.3.3. הוצאות חדר ביצוע הפעולה.

2.3.3.4. ציוד מתכלה.

2.3.3.5. תרופות במהלך הטיפול והאשפוז.

2.3.3.6. הוצאות אשפוז עד לתקרה של 5 ימי אשפוז.

2.3.4. למען הסר ספק, במקרים בהם בביצוע התקנת אביזר רפואי קיימת אפשרות בחירה בין אביזרים רפואיים שונים, אשר יש בהם כדי להשיג תוצאות שונות

למבוטח (להחלמתו, לטיפול בו או לכל צורך אחר), תהא בחירת המבוטח ו/או הרופא מטעמו הבחירה הקובעת. לחברה אין ולא תהיה זכות להגביל את בחירת המבוטח מכל סיבה שהיא, למעט תקרות הכיסוי המפורטות בהסכם זה, אם מפורטות.

2.3.5. ניתוח הכולל שימוש בשתל, המכוסה בפרק הניתוחים על פי פוליסה זו, לא יכוסה על פי סעיף זה.

2.4. העברות ונסיעות

2.4.1. במקרה של ביצוע טיפול רפואי במהלך אשפוז בישראל, ובקשר ישיר עימו, יכוסו הוצאות נסיעה באמבולנס, אל מקום ביצוע הטיפול ובחזרה, ובין בתי חולים, אם נדרש המבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מטעמו של המבוטח, לנסיעה באמבולנס.

2.4.2. במקרה של ביצוע טיפול רפואי במהלך אשפוז בישראל, ובקשר ישיר עימו, אשר מחייב העברה בהסעה רפואית על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מטעמו של המבוטח, יכוסו הוצאות הסעה רפואית.

2.5. הוצאות שהייה בישראל

במקרה של ביצוע טיפול רפואי במהלך אשפוז בישראל, המבוצע בבית חולים פרטי המרוחק לפחות 100 ק"מ ממקום מגוריו הקבוע של המבוטח (לינה לפחות 5 ימים בשבוע) של המבוטח, יכוסו הוצאות לינה של בן / בת הזוג (או הורי המבוטח במקרה של מבוטח קטין), במלון / מלונות המצויים בסמוך לבית החולים, למשך כל תקופת האשפוז ועד 14 ימים. הכיסוי כפוף להשתתפות עצמית בגובה 50% ועד תקרת החזר יומית בגובה 300 ₪.

2.6. גמלת החלמה והוצאות החלמה

2.6.1. הוצאות החלמה

במקרה של ניתוח גדול, ולאחריו נדרש המבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי ו/או מבצע הטיפול הרפואי בפועל להחלמה בבית החלמה מוכר, יכוסו הוצאות ההחלמה שהוצאו במהלך 6 החודשים שלאחר הטיפול הרפואי, בשיעור של 60% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-600 ₪ ליום, ועד 10 ימים ברציפות.

2.6.2. הוצאות שיקום ופיזיותרפיה

במקרה של ניתוח גדול, ולאחריו נדרש המבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי ו/או המנתח המבצע את הניתוח בפועל לשיקום באמצעות טיפולי ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים או התעמלות שיקומית ו/או טיפולי פיזיותרפיה, יכוסו הוצאות השיקום שהוצאו במהלך 12 החודשים שלאחר הטיפול הרפואי, בשיעור של 60% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-150 ₪ לטיפול, ועד 24 טיפולים.

2.7. פיצוי בגין אשפוז

במקרה של אשפוז שאינו לקראת או בשל ניתוח, יהיה המבוטח זכאי לפיצוי יומי בגובה 760 ₪ ליום החל מהיום הרביעי ועד 10 ימי אשפוז.

פרטי התקשרות

אקורד סוכנות לביטוח

03-5571246 📞

zoominfo@accord-ins.com ✉

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...