



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי ארנסט אנג יאנג ובני משפחותיהם

עובד/ת יקר/ה

כחלק מההסכם הקיבוצי אשר ראה לנגד עיניו את המטרה להיטיב ולחדש את סל ההטבות לעובדים, אנו שמחים להציג בפניכם את תוכנית ביטוח הבריאות לעובדי ארנסט אנד יאנג.

ההנהלה יחד עם ארגון העובדים השקיעו מאמצים רבים בגיבוש התוכנית ובבחירת הספקים. החברה המבטחת שנבחרה הינה "הראל" והשירות יינתן לנו באמצעות סוכנות הביטוח "מדנס" - שתי החברות הינן מובילות בתחום הבריאות בארץ.

הביטוח כולל כיסוי רחב ביותר הן לאירועים רפואיים חריגים כגון השתלות וניתוחים בארץ ובחו"ל, והן עבור תרופות שאינן בסל, בדיקות למיניהן ועוד.

אנו מאמינים כי תוכנית זאת היא נדבך חשוב בקידום איכות החיים שלכם ושל בני משפחתכם, ולכן הוחלט לממן את פרמיית העובד ברובד הבסיס לרבות גילום המס הנזקף לחובת העובד בשל הטבה זאת. בני המשפחה יוכלו להצטרף לפוליסה באותם תנאים, ללא הצהרת בריאות ובאותו מחיר באופן וולונטרי. ההצטרפות לתוכנית ההרחבות היא רשות ובאמצעי גבייה אישי.

להלן עיקרי הכיסויים:

רובד בסיס

- השתלות בחו"ל
- טיפולים מיוחדים בחו"ל
- תרופות שלא בסל
- ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
- כיסוי לביקור רופא עד הבית

רובד הרחבה

- ביטוח לניתוחים בארץ
- טיפולים מחליפי ניתוח בארץ
- טיפולים אמבולטוריים: ייעוץ מומחה, בדיקות הריון, בדיקות אבחנתיות, טיפולי התפתחות הילד, טיפולי פיזיותרפיה ועוד.

**בברכת בריאות טובה,
ארגון עובדי EY ומחלקת משאבי אנוש**

תוכן עניינים

4.....	גילוי נאות.....
	פוליסה לביטוח בריאות ומחלות קשות קבוצתי
15.....	לעובדי ארנסט אנד יאנג ובני משפחותיהם.....
31.....	רובד בסיס.....
31.....	פרק א': ביטוח להשתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל.....
34.....	פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות.....
38.....	פרק ג': ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.....
41.....	פרק ד': כיסויים נוספים.....
42.....	רובד הרחבה.....
42.....	פרק ה': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ.....
45.....	פרק ו': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח.....
49.....	פרק ז': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים.....

גילוי נאות

טלפון *2735 פקס 03-7348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
-------------------------------	--	--	---

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי ארנסט אנד יאנג ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי ארנסט אנד יאנג ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	רובד בסיס השתלול בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מיוחדות, ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, כיסויים נוספים. רובד הרחבה ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ או כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), שירותים רפואיים אמבולטוריים. * בהתאם לרובד ולמסלול שנרכש ע"י המבוטח.
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.11.2022 ועד ליום 31.10.2027.
תיאור הביטוח	רובד בסיס השתלול 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. כיסויים נוספים החזר עבור הזמנת רופא לבית המבוטח.

תמצית פרטי הפוליסה	
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. 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, בדיקות מניעה, טיפולים פיזיותרפיים, בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים ועוד.	תיאור הביטוח
באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה - סעיף 8. פרק ב': תרופות מיוחדות - סעיף 4. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 4. פרק ה': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 4. פרק ו': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - סעיף 6. פרק ז': שירותים רפואיים אמבולטוריים - סעיף 3. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.	הפוליסה אינה מכסה את המבטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
פרק א': השתלות, סעיף 3.1.14 - פיצוי בסך 10,000 ₪ עבור ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל. סעיף 3.2 - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, סעיף 3.2.7 - פיצוי בגובה 200,000 ₪ בגין מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.	גובה הפיצוי הכספי שאקבל
פרק ה': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. פרק ו': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. פרק ז': שירותים רפואיים אמבולטוריים, תקופת אכשרה של 180 ימים במקרה של כיסוי הקשור בהיריון ו/או גרידה ו/או לידה.	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹

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

תמצית פרטי הפוליסה	
השתתפות עצמית פרק א': תרופות מיוחדות, השתתפות עצמית של 160 ₪ למרשם לחודש ועד 430 ₪ לכל המרשמים לחודש. תרופות שעלותן מעל 10,000 ₪ לחודש או תרופות למחלת הסרטן - ללא השתתפות עצמית. פרק ד': כיסויים נוספים - השתתפות עצמית של 25 ₪. פרק ז': שירותים רפואיים אמבולטוריים, השתתפות של 20%. השתתפות עצמית של 15% עבור טיפול על ידי מיקרופאגים (טיפול בזיהומים). השתתפות עצמית של 250 ₪ עבור בדיקות סקר מנהלים מעל גיל 40.	
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.	

תמצית פרטי הפוליסה			עלות הביטוח
רובד הבסיס			
סוג מבטוח	רובד בסיס	אופן התשלום	
עובד/ת	20.50 ₪	ממומן על ידי בעל הפוליסה (לרבות גילום מס) לעובדים זכאים. עובד לא זכאי - גבייה משכר במימון מלא של העובד	
בן/בת זוג /ילד מעל גיל 25 שנה	20.50 ₪	אמצעי גבייה אישי	
ילד עד גיל 25 שנה	07.00 ₪	אמצעי גבייה אישי	
מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.			
רובד הרחבה			
סוג מבטוח	מסלול ניתוחים מלא ("מהשקל הראשון")	מסלול ניתוחים משלים שב"ן	
ילד עד גיל 25 *	33.00 ₪	30.80 ₪	
מי שאינו עונה על הגדרת ילד וגילו 0-20	33.00 ₪	30.80 ₪	
21 - 30	77.00 ₪	74.80 ₪	
31 - 40	90.20 ₪	88.00 ₪	
41 - 50	117.70 ₪	115.50 ₪	
51 - 55	143.00 ₪	140.80 ₪	
56 - 60	173.80 ₪	171.60 ₪	
61 - 65	237.60 ₪	235.40 ₪	
66 ומעלה	273.90 ₪	271.70 ₪	
*מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.			
דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת.			
(עפ"י מדד שפורסם ביום 15.10.2022)			
לאחר 18 חודשים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.			שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
רובד בסיס			
השתלוח וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל	השתלה לפי סעיף 1.1 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב שביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר ו/או בעל חיים במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלה של מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 300 יום לפני ועד 300 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד. סעיף 3.2 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.	סעיף 2.1.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 2.1.1.2 - עד לסך של 5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם. להשתלת מעי או שחלה, סכום הביטוח המרבי יהיה 1,600,000 ₪. להשתלה מבעלי חיים, סכום הביטוח המרבי יהיה 2,400,000 ₪. סעיף 3.2 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה.	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.2 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 2.1.2.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 2.1.2.2 - עד לסך של 900,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.	
גמלת החלמה	סעיף 3.1.12 - לאחר ביצוע השתלה. סעיף 3.1.14 - במקרה של מבוטח הזקוק להשתלה והמרותק למיטתו	סעיף 3.1.12 - סכום חודשי בסך 5,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים, למעט השתלת מח עצמות. סעיף 3.1.14 - סכום חודשי בסך 3,500 ₪, לתקופה של עד 6 חודשים. מבוטח השוהה באשפוז זכאי לסכום חודשי בגובה 50% מהסכום כאמור לעיל.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

תרופות מיוחדות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום, או תרופת לפי סעיף 29ג, כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 2,000,000 ₪. הסכום יתחדש אחת לשלוש שנים, כמפורט בסעיף 3.3 לפרק זה. עבור תרופה לפי סעיף 29 ג' - סכום מירבי עד 200,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. במידה ויוכח כי הטיפול התרופתי משיג את התוצאות המצופות, יוגדל סכום זה ל-400,000 ₪. עבור שימוש בקנאביס רפואי - החזר עד 500 ₪ לחודש ועד 12,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.	השתתפות עצמית של 160 ₪ למרשם לחודש ועד 430 ₪ לכל המרשמים לחודש. תרופות שעלותן מעל 10,000 ₪ לחודש או תרופות למחלת הסרטן - ללא השתתפות עצמית.
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.6 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	עד לסך של 250 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 60 ימים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	סעיף 3.2 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	סעיף 3.2.2 בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 7 ימים.	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 900 ש"ח ליום ועד 30 ימים. לשני מלווים יינתן הכיסוי למבטח מתחת לגיל 18 עד 1,300 ש"ח ליממה לשני מלווים ועד 30 ימים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 3.2.3 בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל וכתוצאה ישירה מהניתוח.	כיסוי מלא.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 3.3 בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל	עד 200% מעלות הניתוח המוחלף בארץ..
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

רובד הרחבה		
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	<u>סעיף 3.1</u> לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	<u>סעיפים 3.2-3.3</u> לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	<u>סעיף 3.4</u> לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	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", 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/פליטנום, 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 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פליטנום, 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	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	סעיף 2 לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.	כיסוי עד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בפרק.	סעיף 4 - במקרה של בדיקות הקשורות בהיריון ו/או גרידה ו/או לידה - 180 יום.	
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 2.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה).	כיסוי עד ל-1,000 ₪ להתייעצות ועד 3 סה"כ התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 2.2 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 5,000 ₪ לכל בדיקה ועד 10,000 ₪ לכל הבדיקות למבוטח לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים והידורתרפיים	סעיף 2.4 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים והידורתרפיים לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-2,700 ₪ למבוטח לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 2.10 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר או סיסי שיליה ובדיקות לגילוי גנים נשאים לסיסטיק פיברוזיס, תסמונת איקס שביר, וגושה.	כיסוי עד 4,400 ₪ לכל הריון, ובמקרה של הריון רב עוברי תהיה עד 5,500 ₪ לכל הריון.	סעיף 4 - 180 יום	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

²תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח. מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ב-15.10.2022.

מידע נוסף:

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

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

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסה לביטוח בריאות ומחלות קשות קבוצתית

לעובדי ארנסט אנד יאנג ובני משפחותיהם

1. הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:

- 1.1. **"החברה או המבטח"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. **"הפוליסה"** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל הנספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3. **"בעל הפוליסה"** - קוסט פורר גבאי את קסירר בע"מ.
- 1.4. **"עובד הזכאי לביטוח"** - עובד פעיל אצל בעל הפוליסה בוותק של שנתיים שפרטיו מופיעים בקובץ המבוטחים שיועבר למבטח מידי חודש על ידי בעל הפוליסה.
- 1.5. **"המבוטח"** - עובד הזכאי לביטוח ו/או בן או בת זוג ו/או ידועה/בציבור ו/או ילדי עובד ו/או ילדי בן/בת זוג ו/או חתנים/כלות ו/או נכדים/נכדות, תושב מדינת ישראל ובעל אזרחות ישראלית והכל בהתאם להגדרות המונחים בפוליסה, אשר הצטרפו ו/או יצטרפו לפוליסה.
- 1.6. **"מבוטחים קיימים"** - מבוטחים אשר היו מבוטחים במועד תחילת הפוליסה במסגרת הפוליסה הקודמת.
- 1.7. **"פוליסה קודמת"** - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה זו ו/או פוליסה קבוצתית או פרטית של המבוטח שהייתה בתוקף ערב תאריך הצטרפותו של המבוטח לפוליסה.
- 1.8. **"הסכם הביטוח"** - הסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטח לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית לעובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
- 1.9. **"תאריך תחילת הביטוח"/ "המועד הקובע"** - 1.11.2022.
- 1.10. **"תאריך הצטרפות"** - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.11. **"דמי הביטוח"/ "הפרמיה"** - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.
- 1.12. **"מקרה הביטוח"** - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
- 1.13. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח למעט מקרה ביטוח שארע כתוצאה מתאונה כהגדרתה בסעיף 1.48.
- מודגש, כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה), דינו כמקרה ביטוח שארע ו/או התגלה לפני תחילת הביטוח, והחברה לא תהא אחראית לתשלום תגמולי ביטוח כלשהם בגינו על פי פוליסה זו.
- 1.14. **"תקופת המתנה"** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה.

- במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת ההמתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.
- 1.15. **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדף פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 1.16. **"מדד הבסיס"** - המדד הידוע במועד תחילת הפוליסה כהגדרתה בסעיף 1.9 לעיל.
- 1.17. **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה במועד ההצטרפות של המבוטח לפוליסה.
- 1.18. **"גיל"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה. בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.
- 1.19. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.20. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.21. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981.
- 1.22. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994.
- 1.23. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.24. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופת החולים לחבריה, במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל חבריה.
- 1.25. **"שירותי בריאות נוספים (שב")"** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.26. **"ישראל"** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.27. **"חו"ל"** - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.28. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
- 1.29. **"בית חולים פרטי"** - בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
- למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב").
- 1.30. **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.31. **"בית חולים בחו"ל"** - מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא, כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.
- 1.32. **"מנתח"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח.
- 1.33. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.34. **"רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות),

- התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות
- 1.35. **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.36. **"חדר ניתוח"** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.37. **"אח/אחות"** - אחות/בעלי תעודות הסמכה של רשות מוסמכת בישראל או בחו"ל.
- 1.38. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.39. **"נותן שירות"** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.40. **"נותן שירות/ספק שבהסכם"** - בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, מנתח שהינו רופא מומחה (כהגדרתו לעיל) או רופא אשר הוסמך בחו"ל כמומחה מנתח וכל רופא או גוף אחר עמם קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיו צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.
- 1.41. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו על ידי המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.42. **"תותבת/שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה. למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן).
- 1.43. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.44. **"יום אשפוז"** - שהות של 24 שעות בבית חולים.
- 1.45. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים עפ"י פירוט דמי הביטוח ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח קודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.46. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח) או להמשיך את הביטוח (מאחר ונדרשת הסכמת המבוטח לפי תקנות ביטוח בריאות קבוצתית).
- 1.47. **"חיתום"** - תהליך קבלת החלטה אצל המבטח אם לקבל את המועמד לביטוח, ובאילו תנאים לקבלו (בתנאים רגילים, בתוספת פרמיה או בהחרגת הבעיה הספציפית אם קיימת).
- 1.48. **"תקרת כיסוי"/"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.

- 1.49. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטרות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה"**.
- 1.50. **"תביעה"** - פנייה מאת מבטח או מאת בעל הפוליסה בשם המבטח אל המבטח לתשלום עבור שירותים/לפי פוליסה זו, ו/או לקבלת תגמולי ביטוח ו/או למתן התחייבות לתשלום עבור שירותים/כאמור בפוליסה זו.
- 1.51. **"טיפול נסיוני"** - טיפול רפואי (ניתוח, השתלה, טיפול תרופתי, טיפול רפואי כלשהו) אשר אינו מאושר ע"י אף אחת מהרשויות המוסמכות בישראל או ע"י ה-F.D.A ו/או ע"י רשות מוסמכת במדינות האיחוד האירופי, קנדה, ו/או אוסטרליה, לטיפול במצבו הרפואי הספציפי של המבטח.
- 1.52. **"ועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999).
- 1.53. **"ילד"** - תחת הגדרה זו ייחשב ילד של עובד ו/או ילד של בן/בת זוג של עובד שגילו עד גיל 25.
- 1.54. **"רצף ביטוחי"** - הצטרפות מביטוח קודם/פוליסה קודמת (כהגדרתו לעיל) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות ו/או ללא תקופת אכשרה, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבטח לביטוח את מועד הצטרפותו לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי המבטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסוי וסכומי ביטוח חופפים בלבד. יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודמת.

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

- 2.1. **תוקף הפוליסה** - פוליסה זו תכנס לתוקפה החל מתאריך תחילת הביטוח.
- 2.2. **אופן ההצטרפות:**
 - 2.2.1. מבטחים קיימים יצורפו באופן אוכליגטורי (צירוף אוטומטי) לביטוח בהתאם לרובד בו היו מבטחים ערב תחילת פוליסה זו במסגרת הפוליסה הקודמת של בעל הפוליסה.
 - 2.2.2. עובדים הזכאים לביטוח יצורפו לרובד הבסיס באופן אוכליגטורי (צירוף אוטומטי).
 - 2.2.3. עובדים הזכאים לביטוח יוכלו להצטרף לרובד ההרחבה באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, עובד הזכאי לביטוח יוכל להצטרף ללא הצהרת בריאות תוך 120 ימים מתאריך תחילת הביטוח. למען הסר ספק, לאחר 120 ימים הצורך יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.
 - 2.2.4. בני משפחה של העובדים הזכאים לביטוח יצורפו לביטוח באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, בני משפחה של העובד הזכאי לביטוח יוכלו להצטרף ללא הצהרת בריאות תוך 120 ימים מתאריך תחילת הביטוח. למען הסר ספק לאחר 120 ימים הצורך יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.

2.2.5. עובד חדש הזכאי לביטוח יצורף באופן אוטומטי (צירוף אוטומטי) לרובד הבסיס ובאופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) לרובד ההרחבה, וזאת לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח. למרות האמור לעיל, עובד חדש הזכאי לביטוח יוכל להצטרף לרובד ההרחבה ללא הצהרת בריאות תוך 120 ימים מיום תחילת זכאותו. למען הסר ספק לאחר 120 ימים הצרוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.

2.2.6. בני משפחה של עובד חדש הזכאי לביטוח יצורפו לביטוח באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה), לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, בני משפחה של עובד חדש הזכאי לביטוח המצטרפים תוך 120 יום מיום תחילת זכאותו, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות. למען הסר ספק לאחר 120 ימים הצרוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.

2.2.7. יובהר, כי ילדים שצורפו לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לילדים בוגרים על פי תנאי הפוליסה ימשיכו בביטוח בתעריף ילד בוגר החל מהתאריך בו הגיעו לגיל בוגר כמוגדר כאמור.

2.2.8. ילדים בוגרים (ילדים בגיל 25 ומעלה) יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, ילדים בוגרים המצטרפים תוך 120 יום מיום תחילת הביטוח או תוך 120 ימים ממועד תחילת זכאות העובד (המאחר ביניהם), לא יידרשו למלא הצהרת בריאות. למען הסר ספק לאחר 120 ימים ממועד תחילת הזכאות של העובד, הצרוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.

2.2.9. בני משפחה של ילדים בוגרים (בן/בת זוג וילדים) יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח.

2.2.10. מבטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.

2.2.11. על אף האמור לעיל, עובדים הזכאים לביטוח ובני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח על פי הסכם זה, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, ואישור תשלום הפרמיה לשלושה חודשים אחרונים), יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפות לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על הכיסויים החופפים. **במידה ובביטוח הקיים ישנן החרגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי.**

2.2.12. צירוף עובדים שאינם זכאים למימון

2.2.12.1. בנוסף לאמור בסעיף 2.2.1 לפוליסה, עובדים שאינם זכאים, יוכלו להצטרף לרובד הבסיס באופן וולונטרי וזאת לאחר מילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח.

2.2.12.2. בנוסף לאמור בסעיף 2.2.2 לפוליסה, עובדים שאינם זכאים אשר הצטרפו באופן וולונטרי לרובד הבסיס יוכלו להצטרף לרובד

ההרחבה באופן וולונטרי לאחר מילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח.

2.2.12.3. התשלום בגין עובדים אלו לרובד הבסיס וההרחבה יהיה באמצעי גביה אישי.

2.2.12.4. יובהר כי באחריות בעל הפוליסה ו/או סוכנות הביטוח להודיע לחברה על שינוי סטטוס העובד (הפך להיות זכאי למימון של רובד הבסיס ו/או עזב או פרש מעבודתו).

2.2.12.5. יובהר כי עובד שאינו זכאי למימון אשר מצטרף לפוליסה בהתאם לאמור לעיל ואשר מגיע למועד הזכאות למימון על ידי בעל הפוליסה בגין רובד הבסיס, יהיה מבוטח ברצף ביטוחי ובהתאם לתנאי החיתום עמם צורף לביטוח.

2.2.12.6. כמו כן, למען הסר ספק, עובד שאינו זכאי למימון אשר נדחה לביטוח, לא יוכל להיות מצורף לפוליסה במועד תחילת הזכאות למימון על ידי בעל הפוליסה.

2.2.13. מבוטח שהוא עמית בתכנית שב", מסוג "כללית מושלם/פלטיון", "מגן זהב", "מאחדת עדף/שיא", "לאומית זהב" יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים"). מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ד' לפוליסה את הכיסוי עפ"י פרק ה' וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 5 להלן.

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

2.2.15. צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:

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

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

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

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

2.2.15.2. סעיף 2.2.15.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

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

2.2.15.2.2. 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 מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

2.2.15.2.3. 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

רובד הרחבה	רובד בסיס	
צירוף אוטומטי (במידה והיה מבוטח ברובד זה)	צירוף אוטומטי	אופן הצטרפות מבוטח קיים
צירוף בהסכמה	צירוף אוטומטי	אופן הצטרפות עובדים זכאים מבוטח ראשי
צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות עובדים שאינם זכאים
צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות בני/בנות זוג וילדים
צירוף בהסכמה	צירוף בהסכמה	אופן הצטרפות ילדים בוגרים
ה'ו'-ז'	א'-ד'	פרקי הכיסוי

3. תקופת הביטוח:

- 3.1. תקופת הביטוח תהיה 60 חודשים מתאריך תחילת הביטוח ועד 31.10.2027.
- 3.2. תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים.
- 3.3. בעל הפוליסה יהיה רשאי להפסיק את ההסכם בכל עת עם הודעה מראש של 60 ימים כפוף למציאת מבטח חלופי עד תום תקופת הביטוח.
- 3.4. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 3.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה - **סעיף 9 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**.
- 3.5. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם. **סעיף 4(ג) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**.

4. תום תקופת הביטוח וברות ביטוח

4.1. הפסקת תקופת הביטוח:

- הפסקת ביטוח תכנס לתוקפה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:
 - 4.1.1. במועד תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 3.1 לעיל;
 - 4.1.2. לפי המוקדם במקרים המנויים בסעיף 4.2.2 להלן;
 - 4.1.3. על פי בקשת המבוטח בכתב למבטח;
 - 4.1.4. במועד סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה - הביטוח יסתיים הן לגבי המבוטח העובד והן לגבי בני משפחתו המבוטחים.

4.2. המשכיות בפוליסת פרט:

- 4.2.1. במקרים המנויים בסעיף 4.2.2 להלן יתאפשר לעבור לפוליסת פרט (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:
 - 4.2.1.1. פוליסת המשך תהיה בהיקף כיסויים דומים (אך לא זהים) לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, ולא יופחתו מהכיסויים הניתנים בפוליסות הפרטיות המוצעות על ידי המבטח הדומים לכיסויים בפוליסה הקבוצתית והמקובלות אצל המבטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות המפקח על הביטוח.

4.2.1.2. דמי הביטוח בפוליסה הפרטית יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח בפוליסה דומה ועל פי גיל המבוטח באותו מועד. כאמור בסעיף 4.2.1.1 לעיל, הכוונה בפוליסה דומה הינה פוליסה הדומה בהיקף הכיסויים של הפוליסה הקבוצתית.

במעבר לפוליסת ההמשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה. על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 15% לתקופה של 3 שנים.

4.2.2. האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 4.2.1, תינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:

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

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

4.2.2.3. פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית

4.2.2.4. גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

4.2.3. במקרים המפורטים בסעיף קטן 4.2.2.1-4.2.2.4, תפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 120 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין ובכפוף להוראות הדין והוראות המפקח על הביטוח.

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

5. דמי הביטוח:

5.1. דמי הביטוח החודשיים בש"ח בגין רובד הבסיס יהיו כדלקמן:

סוג מבוטח	רובד בסיס	אופן התשלום
עובד	20.50	ממומן על ידי בעל הפוליסה (לרבות גילום מס) לעובדים זכאים. עובד לא זכאי - גבייה משכר במימון מלא של העובד
בן/בת זוג /ילד מעל גיל 25 שנה	20.50	אמצעי גבייה אישי
ילד עד גיל 25 שנה	07.00	אמצעי גבייה אישי

מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.

5.2. דמי הביטוח החודשיים בש"ח בגין רובד ההרחבה ישולמו באמצעי גבייה אישי ויהיו כלהלן:

סוג מבוטח	מסלול ניתוחים מלא ("מהשקל הראשון")	מסלול ניתוחים משלים שב"ן
ילד עד גיל 25*	33.00	30.80

*מהילד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.

גילאים	פרמיה בש"ח - מסלול ניתוחים מלא ("מהשקל הראשון")	פרמיה בש"ח - מסלול ניתוחים משלים שב"ן
מי שאינו עונה על הגדרת ילד וגילו 0-20	33.00	30.80
21 - 30	77.00	74.80
31 - 40	90.20	88.00
41 - 50	117.70	115.50
51 - 55	143.00	140.80
56 - 60	173.80	171.60
61 - 65	237.60	235.40
66 ומעלה	273.90	271.70

5.3. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש.

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

5.5. דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 40 ביום 01.01.2023, דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 01.01.2023 לפי דמי הביטוח של גיל 40).

5.6. **התאמת פרמיה:**

לאחר 18 חודשים ולאחר 36 חודשים מתאריך תחילת הביטוח תיערך בדיקה של נתוני הפוליסה לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה ו/או שינוי בכיסויים כחלופה להתאמת פרמיה.

במקרה שבו לא ישולמו על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטחים, לפי העניין, דמי הביטוח המותאמים, החברה תהיה רשאית לבטל את ההסכם והפוליסה, בהתאם להוראות הדין.

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

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

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

- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- (4) במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

6. תגמולי ביטוח

- 6.1. החברה תהא רשאית על פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד קבלות. המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 6.2. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.
- 6.3. נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי התחייבות האמורה תשלם החברה את היתרה לעיזבון ו/או ליורשיו של המבוטח על פי צו קיום צוואה ו/או על פי צו ירושה כנגד קבלות מקוריות או העתקן. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 6.4. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 6.5. החברה תנכה מהתשלומים את כל החובות המגיעים לה מהמבוטח בגין פוליסה זו בכפוף להוראות הדין.
- 6.6. הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי שהיה מגיע למבוטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. בכל מקרה של פשרה, ויתור או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של החברה כאמור.
- 6.7. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב - **סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:**
 - 6.7.1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.
 - 6.7.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבוטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

7. תביעות

7.1. תשלום תגמולי ביטוח אם התקיימו התנאים הבאים:

7.1.1. על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישור, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, יהא רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהמבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

7.1.2. החברה תהא זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמה כפי שתמצא לנכון ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

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

7.1.4. בכיסויים שלפיהם זכאי המבוטח לקבל החזר של הוצאות רפואיות יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבטח לפי דרישתו התחייבות כספית שתאפשר לו לקבל את השירות הרפואי, וזאת על חשבון הכספים שיגיעו לו על פי הפוליסה בכפוף לקיום הסכם עם הספק.

7.1.5. תגמולי ביטוח להם זכאי המבוטח, בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע שאינו מטבע ישראלי - ישולמו במטבע ישראלי ויוצמדו למדד המחירים לצרכן ממועד תשלומן על-ידי המבוטח ועד למועד תשלום תגמולי הביטוח.

7.2. המבוטח חתם על כתב ויתור על סודיות ומסר למבטח כל הקבלות (מקור/ העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים (מסמכים מקוריים או העתק המסמכים המקוריים) הדרושים לחברה לבירור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

8. חריגים כלליים

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

- 8.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח.
- 8.2. מקרה הביטוח אירע במהלך תקופת האכשרה. למעט מקרה ביטוח שנגרם מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.
- 8.3. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 8.4. התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.
- 8.5. גלישה אווירית, רחיפה, צניחה, סקי, צלילה, טיסה בכלי טייס כלשהו למעט טיסה בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים.

- 8.6. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בגוף בטחוני (שאינו צבאי) או משטרתית.
 - 8.7. הריון ו/או לידה, פריון או עקרות, למעט במקרים המפורטים להלן:
 - 8.7.1. הפסקת הריון שנדרשה עקב סכנת חיים לאם או עקב גילוי מום בעובר.
 - 8.7.2. לידה בניתוח קיסרי אלקטיבי עקב צורך רפואי.
 - 8.7.3. ניתוחים גניקולוגיים מתקנים בעקבות לידה בשל סיבה רפואית שאינה נפשית, קוסמטית או לצורכי פריון.
 - 8.8. מקרה ביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
 - 8.9. בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
 - 8.10. טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות בישראל או בארה"ב או באירופה או בארץ מתן הטיפולים או הבדיקה.
 - 8.11. פעילות ספורט במסגרת אגודת ספורט, ו/או השתתפות המבוטח בספורט אתגרי על פי הרשימה המופיעה באתר החברה במועד תחילת הביטוח של המבוטח. "ספורט אתגרי" - ענפי ספורט הנחשבים למסוכנים במיוחד והדורשים בין היתר מהעוסקים בהם רמות גבוהות של קושי ו/או מאמץ גופני ו/או רגשי ו/או אנדרנלין. רשימת ענפי הספורט האתגרי תעודכן מעת לעת על פי הרשימה המופיעה באתר החברה - www.harel-group.co.il.
 - 8.12. טיפולי שיניים וחניכיים.
 - 8.13. השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, משטרתית, במהפכה, במרד, בפרעות, במהומות, במעשה חבלה, או בפעולה אלימה המוגדרת כפשע. או מקרה ביטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי לרבות תרגילים/ אימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבע או שירות במילואים או צבא סדיר.
 - 8.14. כל נזק שנגרם במישרין או בעקיפין עקב השתתפותו מרצון של המבוטח בפשע, עוון, סחר בסמים, פעילות ללא רישיון תקף המתאים לאותה פעילות קרי רישיון נהיגה או טיסה, או פעילות ספורט המחייבת רישיון ככל שנדרש, או התנגדות למעצר.
 - 8.15. אביזרי עזר רפואיים כגון: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורתופדיים וכדומה למעט מקרים בהם קיים כיסוי מפורש לאביזרים רפואיים באחד מפרקי הפוליסה.
 - 8.16. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או בדיקות הקשורים באופן ישיר או עקיף למטרת יופי ו/או אסתטיקה למעט הכיסויים המפורטים בפוליסה.
 - 8.17. טיפולי רפואה משלימה, אלא אם נאמר אחרת בפוליסה.
 - 8.18. החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח לגבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בכל אחד מפרקי הביטוח בפוליסה זו לפי העניין.
 - חריג זה לא יחול על כיסויים הניתנים בחו"ל לפי תנאי הפוליסה.
 - 8.19. סייג בשל מצב רפואי קודם -
- מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית

מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

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

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

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

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

8.19.3. על אף האמור בסעיף 8.19.1 לעיל, סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

הוראות בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

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

9.2. על אף האמור בסעיף 9.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין-

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

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

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

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

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

9.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 2.2.15 לעיל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 2.2.15.2 לעיל, לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת

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

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

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

9.5.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 10.3 להלן ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

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

10.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.2.15.2 לעיל והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

10.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.2.15 לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 2.2.15.2 לעיל; לענין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

10.3. על אף האמור בסעיף 3.4 לעיל, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1) לתקנות אלו, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

11. הצמדה:

- 11.1. סכומי הביטוח הקבועים וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או על ידי המבוטח הכל לפי העניין, צמודים למדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל.
- 11.2. דמי הביטוח, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכל לפי העניין, צמודים למדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע תשלום דמי הביטוח.
- 11.3. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל על ידי החברה לגבי סכום הביטוח בקרת מקרה ביטוח, או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין מדד הבסיס.

12. חוק הביטוח וחוק הבריאות

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

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

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

14. שינויים

- 14.1. החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם.
- 14.2. בעל הפוליסה מצהיר בזאת כי מודע לכך שגובה דמי הביטוח הקבועים בהסכם זה נקבעו על ידי החברה ואושרו על ידו וזאת על בסיס המצב החוקי והרגולטורי כפי שהיה במועד החתימה על ההסכם. לאור האמור לעיל, מוסכם ומוצהר בין הצדדים כי במידה יוחול שינוי מהותי בשוק ביטוחי הבריאות בישראל - הציבורי והפרטי, לרבות אך לא רק, הגבלה של מתן שירותים על ידי ספקים שבהסדר בלבד ו/או קביעת השתתפות עצמית, תהיה חברת הביטוח רשאית להתאים את הפרמיה במהלך תקופת הביטוח ו/או להפסיק את תקופת הביטוח בתוך 60 יום מהיום בו יחול השינוי.

15. מיסים והיטלים

- 15.1. בעל הפוליסה או המבוטח, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.
- 15.2. המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום המבוטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם, כאמור, חלק מתגמולי הביטוח.

16. הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

רובד בסיס

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

1. מקרה הביטוח:

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

1.1 השתלה:

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

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

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

1.2 טיפול רפואי מיוחד בחו"ל:

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

- 1.2.1 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.
- 1.2.2 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן המתנה סביר.
- 1.2.3 סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית מביצוע הטיפול המיוחד בארץ.
- 1.2.4 מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ניתוח ו/או טיפול מיוחד למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75%.
- 1.2.5 מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ניתוח ו/או טיפול מיוחד למניעת אובדן מוחלט של חוש הראיה ו/או חוש השמיעה.
- 1.2.6 ניתוח ו/או טיפול מיוחד המבוצעים בדרך כלל בחו"ל, אשר הותרו באופן יוצא מן הכלל לביצוע בארץ על ידי מנתחים זרים.

2. סכום הביטוח:

2.1 סכום הביטוח המרבי לכל תקופת הביטוח למבוטח:

2.1.1 להשתלה:

- 2.1.1.1 אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - ללא תקרה.
 - 2.1.1.2 אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 5,000,000 ₪.
- למרות האמור להשתלת מעי או שחלה, סכום הביטוח המרבי יהיה 1,600,000 ₪. להשתלה מבעלי חיים, סכום הביטוח המרבי יהיה 2,400,000 ₪.

2.1.2 טיפול מיוחד בחו"ל -

- 2.1.2.1 אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - ללא תקרה.

2.1.2.2. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 900,000 ₪.

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

2.3. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הרפואיות הממשיות המפורטות להלן ששילם בפועל לנותן השירות הרפואי. התשלום יבוצע כנגד קבלות המפרטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במבוטח, הסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח הכוללים פירוט כל הפעולות, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי כמפורט בסעיף 2.1 לעיל. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

3. התחייבות החברה:

בקרוב מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח כמפורט להלן:

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

3.1.1. תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.1.2. תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 300 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 300 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות, ולרבות טיפולי דיאליזה עד לסכום של 150,000 ₪ לטיפולים אלו.

3.1.3. תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.1.4. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. במקרה בו המבוטח העובר את ההשתלה או את הטיפול המיוחד הינו מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים.

3.1.5. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל להשתלה או לטיפול המיוחד, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד 100,000 ₪. על אף האמור, אם תואמה ההטסה הרפואית המיוחדת על ידי המבטח, יינתן כיסוי מלא.

3.1.6. תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, עד 800 ₪ ליממה למבוטח + מלווה. במקרה בו המבוטח העובר את ההשתלה או את הטיפול המיוחד הינו מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים - עד 1,500 ₪ ליממה למבוטח + שני מלווים.

3.1.7. תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל.

3.1.8. תשלום עבור המשך טיפולים בארץ הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, עד 12 חודשים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. במקרה של השתלה - עד 200,000 ₪ ובמקרה של טיפול מיוחד - עד 100,000 ₪.

3.1.9. תשלום מלא עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל לצורך ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.1.10. הוצאות העברה יבשתית להשתלה או לטיפול המיוחד - המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח.

3.1.11. תשלום עבור הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת להשגת, שימור והעברת האיבר המושלם למקום ביצוע ההשתלה.

במקרה של השתלת מח עצם ובכפוף לקרות מקרה הביטוח, ישולמו הוצאות הבדיקות לאיתור תורם מח עצם, וזאת עד 210,000 ₪.

3.1.12. ביצע המבוטח השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה זכאי לסכום חודשי של 5,500 ₪ למעט השתלת מח עצמות, אשר ישולם למבוטח לאחר ביצוע ההשתלה בארץ או מיום חזרתו ארצה ולמשך תקופה מרבית של 24 חודשים.

3.1.13. תשלום בגין התייעצויות, ביקורת רפואית ובדיקות בחו"ל לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, עד 20,000 ₪.

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

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

3.2. פיצוי בגובה 350,000 ₪ לפני ביצוע השתלה בפועל ובכפוף להמצאת אישור רשמי מהמרכז הלאומי להשתלות. זאת למעט השתלת מח עצם עצמית, תאי גזע מדם פריפרי ו/או טבורי.

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

מובהר כי השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד חוזרים אשר יידרשו/ בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני. בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

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

(2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות

1. הגדרות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.2. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל וכפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.3. **רופא מומחה** - רופא אשר הוכר כמומחה על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.4. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
- 1.5. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.
- 1.6. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
- 1.7. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן נותני השירות).
- 1.8. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.9. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.10. **בדיקה גנומית לגידול סרטני** - בדיקת גנומית מולקולרית ו/או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינה מכוסות בסל הבריאות ושנקבע על פי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, הצורך לבצע אותה בהתאם לפרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה ו/או בארה"ב.

2. מקרה הביטוח

- 2.1. מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק לראשונה לצורך טיפול במחלתו או לצורך החלמתו, על-פי הוראת רופא, ליטול תרופה כלשהי, בגין אותו מצב רפואי.
- 2.2. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על-פי תנאי פרק זה בגין אחד מהסעיפים המפורטים להלן:
 - 2.2.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (להלן - המדינות המוכרות): ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
 - 2.2.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת עפ"י ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי בריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת במדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת

על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

2.2.3 תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות המוגדרת כ- OFF LABEL שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

2.2.3.1 פרסומי ה-FDA

2.2.3.2 American Hospital Formulary Service Drug Information

2.2.3.3 US Pharmacopoeia - Drug Information

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

א. עצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה 1 או a2.

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

ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה 1 או a2.

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

א) NCCN

ב) ASCO

ג) NICE

ד) ESMO Minimal Recommendation

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

2.2.4 **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

2.2.5 **תרופות לפי סעיף 129** - רכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות ובתנאי שניתן אישור לשימוש בתרופה על פי תקנה 29 (א) 3 לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו-1986, ו/או שאושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות ו/או על ידי הרשויות המוסמכות בישראל להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו ו/או לאחר בדיקה גנטית להתאמת הטיפול בתרופה, נמצאה התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

ובתנאי שהתרופה אינה מתחום הרפואה המשלימה ובכפוף לכך שרופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה בבית חולים כללי (כלומר, שמפעיל באורח קבע חדר מיון), קבע כי התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים וכי התועלת בשימוש בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.

3. תגמולי הביטוח

- 3.1. החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנון השרות עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 160 ₪ למרשם לחודש ועד 430 ₪ לכל המרשמים לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי ובכפוף לתנאים כמפורט להלן.
- במקרה שבו רכישת התרופה נעשית על בסיס חודשי, ההשתתפות העצמית למרשם הינה על בסיס חודשי, ותחול על כל חודש בנפרד. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה ינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.
- תרופות שעלותן מעל 10,000 ₪ לחודש או תרופות למחלת הסרטן - ללא השתתפות עצמית.
- 3.2. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, ייקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב).
- 3.3. סכום הביטוח המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות בגין סעיפים 2.2.1 - 2.2.4 יהיה עד 2,000,000 ₪ ומתחדש מדי 3 שנים.
- 3.4. סכום הביטוח המירבי בגין תרופה לפי סעיף 2.2.5 יהיה 200,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. במידה ויוכח כי הטיפול התרופתי משיג את התוצאות המצופות, יוגדל סכום זה ל-400,000 ₪.
- 3.5. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח בגין בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא, על רקמה ביולוגית ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתן סיוע בקבלת החלטה על טיפול למחלה לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ (להלן: "הבדיקה") ובלבד שהבדיקה כאמור בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. המבטח יישא כאמור בתשלום עלות הבדיקות הגנומיות ועד לסך של 40,000 ₪.
- 3.6. החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד ל-250 ₪ ליום ועד 60 יום לכל תקופת הביטוח.
- 3.7. **קנאביס רפואי:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בקנאביס רפואי בסך של 500 ₪ לחודש ועד סכום ביטוח מרבי של 12,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק. תשלום לרופא מורשה להנפקת מרשם לשימוש בקנאביס כנגד קבלה יאושר במסגרת הכסוי להתייעצות עם רופא מומחה כאמור בפרק זה.

4. חריגים מיוחדים

- בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
- 4.1. תרופה ניסיונית.
- 4.2. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 4.3. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות.
- 4.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

- 4.5. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון ו/או תרופות מתחום הרפואה משלימה ו/או תרופות הומאופטיות (למעט אם הצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי על ידי רופא מומחה לטיפול במחלת הסרטן של המבוטח) ו/או תרופות לטיפול בבעיית השמנת יתר.
- 4.6. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
- 4.7. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים ו/או במהלך אשפוז בבית חולים כללי.
- 4.8. טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ובכלל זה מוטציה ו/או וריאציה דומה אחרת ו/או טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת הצהבת לסוגיה השונים.
5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל
- החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח לגבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

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

1. הגדרות:

- 1.1. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית- חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או מניעת מצב רפואי שעלול לסכן את המבוטח ו/או להחמיר את מצבו הבריאותי ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות- חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.2. **"טיפול מחליף ניתוח בחו"ל"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע הניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח אותו הוא מחליף.

2. מקרה הביטוח

צורך בביצוע ניתוח.

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

- 3.1. בקרת מקרה הביטוח, תשלם החברה ישירות לספק השירות ו/או תשפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח, כמפורט להלן: שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת (עד 50,000 ש"ח למקרה ביטוח לתותבת).

- 3.2. בנוסף לאמור בסעיף 3.1 לעיל, תכסה החברה גם את ההוצאות הבאות:

3.2.1 כיסוי להוצאות הטסה רפואית

במקרה שהמבוטח אינו כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד 100,000 ש"ח. לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח. **ככל שתואמה ההטסה הרפואית המיוחדת על ידי החברה, יינתן כיסוי מלא.**

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

3.2.2 כיסוי להוצאות שהייה

במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 7 ימים, החברה תכסה את הוצאות שהייה של מלווה אחד, עד 900 ש"ח ליום ועד 30 ימים. במקרה בו המבוטח העובר את הניתוח מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים - עד 1,300 ש"ח ליממה לשני מלווים.

3.2.3 כיסוי להוצאות הטסת גופה

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

3.2.4 הוצאות העברה יבשתית

עד תעריף שירותי אמבולנס בארץ מקום ביצוע הניתוח.

- 3.2.5. **פיצוי בסך 100,000 ₪ במקרה של מוות או הידבקות באיידס או בהפטיטיס B כתוצאה מניתוח.**
- 3.2.6. **הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל.**
- מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, או שהחברה קבעה לבקשת המבטוח, כי הכיסוי בגין ניתוח בחו"ל יינתן באמצעות הבאתו של מומחה לביצוע הניתוח בישראל כתחליף לסעיף השיפוי מול ספק השירות, יהיה זכאי להחזר הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח ובהבאת המנתח המומחה מחו"ל לישראל.
- 3.2.7. **פיצוי חד פעמי - בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח-**
- נפטר חו"ח המבטוח 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 ₪.
- 3.3. **מחליף ניתוח -** בקרות מקרה הביטוח תשלם החברה ישירות לספק השירות ו/או תשפה את המבטוח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בטיפול המחליף ניתוח, כמפורט להלן: שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, תותבת (עד 60,000 ₪ למקרה ביטוח), בדיקה פתולוגית. תקרת אחריות המבטוח הינה עד ל-200% מעלות הניתוח המוחלף בישראל.
- 3.3.1. **מקרה הביטוח הינו קיומם במצטבר של כל התנאים שלהלן:**
- 3.3.1.1. **מצבו הבריאותי של המבטוח המחייב ביצוע ניתוח (להלן "הניתוח המוחלף") ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעתו של המבטוח לחו"ל.**
- 3.3.1.2. **רופא מומחה בתחום הרלוונטי המליץ על ביצוע טיפול מחליף ניתוח במקום ביצוע הניתוח המוחלף.**
- 3.3.1.3. **הטיפול מחליף ניתוח ניתן על ידי רופא מומחה בעל התמחות בתחום הרלוונטי ואשר מורשה על פי כל דין במדינה בה מתבצע הטיפול לבצע את הטיפול מחליף ניתוח.**
- 3.3.1.4. **הטיפול מחליף ניתוח יבוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול מחליף ניתוח על פי כל דין במדינה בה הם ממוקמים.**
4. **חריגים מיוחדים**
- סעיף החריגים הכלליים בפוליסה שאליה צורף פרק זה חלים אף על פרק זה. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
- 4.1. השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל שאינם ניתנים לביצוע בישראל.
- 4.2. מקרה ביטוח שארע למבטוח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.
- 4.3. ניתוח או מחליף ניתוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור מעיים שמקורם אינו בצורך רפואי.
- 4.4. ניתוח או מחליף ניתוח הקשור בהריון ו/או לידה ו/או בפוריות ו/או עקרות למעט גרידה ו/או ניתוח קיסרי בשל צורך רפואי.
- 4.5. ניתוח או מחליף ניתוח בגלל פציעה שארעה תוך פעילות ספורט במסגרת אגודת ספורט.

- 4.6. בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול הפתרמי, זריקות, הזלפות ופעולות הדמיה כגון: mri-ct כאשר אין חלק ממהלך ניתוח.
 - 4.7. ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים.
 - 4.8. הליכים רפואיים ו/או שימוש באביזרים שאינם במסגרת ניתוח המבוצע במבוטח, או במסגרת טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.
 - 4.9. תרופה כימית ו/או ביולוגית מכל מין וסוג.
 - 4.10. טיפולים ניסיוניים או מחקריים או טיפולים שאינם מקובלים על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.
 - 4.11. טיפולים ו/או בדיקות מניעה וסקר.
 - 4.12. טיפולים ו/או בדיקות שאינם למטרת אבחון ו/או טיפול במצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח.
 - 4.13. טיפולים במסגרת רפואה משלימה.
 - 4.14. טיפולי פיסיותרפיה, טיפולים פרא-רפואיים וטיפולים כימותרפיים.
 - 4.15. טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח אשר טרם בוצעו בפועל במבוטח ו/או בגין התחייבות מבצע הטיפול לטיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח עתידיים.
5. תנאים מיוחדים לנספח זה
- 5.1. הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח, ייעשו ישירות על ידי החברה. בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את החברה באופן מיידי וימסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח ו/או יבחר לבצע את הניתוח אצל מנתח ובית חולים שאינם בהסדר עם החברה למרות אישור התביעה ע"י החברה תגמולי הביטוח יוגבלו ל-200% מתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבטח לנותני שירות שבהסכם בארץ.
 - 5.2. החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

פרק ד': כיסויים נוספים

החזר בגין הזמנת רופא עד הבית - עד 150 ₪ בכפוף להשתתפות עצמית על סך 25 ₪.

רובד הרחבה

פרק ה': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

1. הגדרות:

- 1.1. **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.2. **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3. **ניתוח** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוס אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4. **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5. **בית חולים פרטי** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
אחד מאלה:
(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
- (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.6. **קופת חולים** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
- 1.7. **רופא מומחה** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8. **שתל** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9. **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, ישולם על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2. שכר מנתח.

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

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

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

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו-3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על 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 בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

- 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
 - 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה 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' 8.19 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
 - 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.
5. תקופת אכשרה:
- תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

פרק ו': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפול מחליפי ניתוח

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

פרק זה יחול במקום פרק ה', אך ורק על מבטח אשר בחר להיות מבטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים כמפורט בסעיף 2.2.14 בתמורה לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 5.2 לפוליסה זה

1. הגדרות:

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

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

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

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

1.5. **בית חולים פרטי** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

אחד מאלה:

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

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

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

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

1.8. **שתל** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבטח 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 המבטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה,

תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2. שכר מנתח.

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

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

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

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

4. תגמולי ביטוח:

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

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

בקורות מקרה ביטוח החברה המבטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

4.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

4.3. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

5. ברות ביטוח:

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

6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

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

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

6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

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

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

- 6.6. 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 משטרי, 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' 8.20 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

7. תקופת אכשרה:

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

פרק ז': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

1. מקרה ביטוח

הזדקקותו של המבוטח לאחד מהשירותים האמבולטוריים המפורטים להלן שלא בעת אשפוז הנובעת מבעיה רפואית פעילה.

2. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

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

2.1 **חוות דעת רפואית בישראל** - עד 1,000 ₪ להתייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה) ועד 300 ₪ להתייעצות לשנת ביטוח למבוטח. במסגרת סעיף זה תכוסה התייעצות עם גנטיקאי, פרמקולוג ופסיכיאטר.

2.2 **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - בדיקות מעבדה, צילומים ו/או שיקופי רנטגן, וכן בדיקות הדמיה MRI, CT, U.S, א.ק.ג ובדיקות דימות כגון: PET, EEG, EMG, CARDIO CT, קולונוסקופיה וירטואלית, בדיקת קפסולת וידאו לבדיקת המעינים הדקים, אונקוטסט וכל בדיקה אחרת המבוצעת בטכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד לאבחון או מניעת מחלה או לקביעת דרכי הטיפול בה. עד 5,000 ₪ לבדיקה ועד לסכום של 10,000 ₪ כ"ל לכל הבדיקות לשנת ביטוח.

2.3 **בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון** - בדיקות מניעתיות בשל היסטוריה משפחתית ו/או בדיקות לצורך אבחון - עד 20,000 ₪ למקרה ביטוח.

2.4 **טיפולים פיזיותרפיים/הידרותרפיים** - על פי הוראת רופא, עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-2,700 ₪ למבוטח לשנת ביטוח.

2.5 **אבחון בעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה:**
החזר הוצאות בגין אבחון בעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אצל ילד מגיל 3 ועד גיל 16 על ידי רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי, אבחון הפרעות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי, בדיקות TOVA וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד.
שיפוי עד 1,650 ₪ לתקופת ביטוח.

2.6 **טיפול בבעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה:**
החזר הוצאות בגין בעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר אובחנו כמפורט להלן אצל ילד מגיל 3 ועד גיל 16 המחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת. הכיסוי לטיפול בעיות התפתחות/ ליקוי למידה אשר אובחנו על ידי אחד מאלה: רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי, אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA.

עד 130 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים לתקופת ביטוח.

2.7 **בדיקות לרפואה מונעת:** למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות עצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, עד 380 ₪ לבדיקה, אחת ל-3 שנים (לכל בדיקה).

2.8 **שיקום הדיבור, הראיה ריפוי בעיסוק, למבוטח לאחר אירוע מוחי** - כיסוי לטיפולים שיקומיים במצב של פגיעה ביכולת התפקודית בעקבות אירוע מוחי עד סכום של 175 ₪ לטיפול ועד 10 טיפולים למקרה ביטוח.

2.9. **השתתפות בהפריה חוץ גופית:** מבוטחת אשר זקוקה לטיפול הפריה חוץ גופית (IVF) על פי הפניית רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקויי פריון, תהא זכאית לכיסוי בגובה 10,000 ₪ לכל ילד ועד 2 ילדים, לכל תקופות הביטוח. הכיסוי יכלול את כל תהליך ההפריה כולל הזרעה, שאיבה ו/או הקפאה של ביציות.

2.10. **השתתפות בבדיקות מיוחדות לנשים בהריון:**

בדיקות הריון כמפורט להלן:

בדיקת חלבון עוברי

בדיקת שקיפות עורפית

סקירת מערכות מוקדמת וסקירת מערכות מאוחרת

בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שלייה לרבות צ'יפ גנטי

בדיקת אקו לב של העובר

בדיקות לסיקור גנטי לפני ההיריון

כל בדיקה אחרת הקשורה להריון והנדרשת על ידי רופא במהלך ההיריון המבטח ישתתף בעלות בדיקות ההיריון במפורט לעיל עד 4,400 ₪ לכל הבדיקות להריון. במקרה של הריון מרובה עוברים, התקרה תעמוד על עד 5,500 ₪.

2.11. **תרומת ביצית -** המבטח ישתתף בהוצאות בגין צורך בתרומת ביצית לרבות שאיבה והקפאת ביציות בכפוף למכתב מרופא מומחה, פעם אחת בתקופת הביטוח ועד להחזר בגובה 20,000 ₪.

2.12. **הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפיג'ין -** לאחר אישור וועדה רפואית ועד 3,500 ₪ (כולל עלות הוועדה).

2.13. **חדר מלח -** עד 12 טיפולים בשנה ועד 120 ₪ לטיפול.

2.14. **טיפול על ידי מיקרופאגים (טיפול בזיהומים) -** החזר של 85% ועד 5,000 ₪.

כיסוי לאביזרים רפואיים - המבטח ישתתף בהוצאות המבטח לאביזר רפואי כמפורט להלן בכפוף להפניה מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר עד 80% ולא יותר מ-3,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar, Agrelief), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, חבישות לחץ, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר בדוקציה לתינוקות, עדשות קורטקונס, שתל קוכולארי, בניה מיוחדת של נעליים לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, תותב לאין אונות, משאבת אינסולין.

2.15. **חוות דעת שנייה לפענוח בדיקות הדמיה -** עד תקרה של 2,500 ₪ למקרה ביטוח.

2.16. **פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח -** פיצוי יומי החל מהיום השלישי לאשפוז ועד 10 ימים ועד 400 ₪ לכל יום אשפוז.

2.17. **הזרקת חומרי סיכון למפרקים:** המבטח ישפה את המבטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכון למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

2.18. **הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מיגרנה:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי 5,000 ₪ בגין כלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

2.19. **סקר מנהלים למבוטחים מעל גיל 40**

בדיקה תקופתית הכוללת את השירותים והבדיקות המפורטות להלן:

2.19.1. בדיקות מעבדה מקיפות הכוללות: ספירת דם מלאה, אלקטרוליטים, תפקודי כבד, תפקודי כליות, שומנים בדם (כולסטרול + טריגליצרידים), סוכר.

2.19.2. בדיקות דם לגילוי סרטן הערמונית PSA.

2.19.3. בדיקות שתן לכללית: חלבון, סוכר, אריתרוציטים, לויקוציטים, PH, תאי ציפי, גלילים, חיידקים.

2.19.4. בדיקת רופא מקיפה הכוללת: לחץ דם, גובה ומשקל.

2.19.5. בדיקת דם סמוי בצואה בנוסף על הבדיקה הרקטלית.

2.19.6. בדיקת בלוטת הפרוסטטטה.

2.19.7. בדיקת עיניים מקיפה על ידי רופא עיניים, הכוללת בדיקת קרקעית העין, חדות הראייה ולחץ תוך עיני.

2.19.8. צילום חזה ופענוח רנטגנולוג.

2.19.9. הערכת תפקוד הלב באמצעות א.ק.ג. במנוחה ובמאמץ-ארגומטריה ופענוח על ידי קרדיולוג מומחה.

2.19.10. סל גניקולוגי הכולל בדיקת שד ובדיקת משטח צוואר הרחם - פאפ סמיר.

2.19.11. בדיקת ממוגרפיה.

2.19.12. אולטרה סאונד שד.

התחייבות המבטח:

מבוטח מעל גיל 40 יהיה זכאי לביצוע הבדיקה כאמור, אחת לשנתיים.

אצל נותן שרות בהסכם - בכפוף להשתתפות עצמית בסך 250 ₪.

אצל נותן שרות לא בהסכם - המבטח ישפה את המבוטח בגין עלויות הבדיקה כאמור וזאת עד לגובה של 1,500 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית בסך 250 ₪.

2.20. **כיסוי לטיפול רפואה משלימה (אלטרנטיבית):**

בקרת מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאותיו עבור שירותי רפואה משלימה המפורטים בסעיף זה:

2.20.1. **התחייבות המבטח:**

החברה תשלם למבוטח 80% מההוצאות הממשיות בפועל שהיו לו עבור שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), בכפוף להגדרות ולסכומי השיפוי המרבי המפורטים להלן:

תחומי רפואה משלימה שיכוסו על פי הסכם זה:

2.20.1.1. "אקופונקטורה" - טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.

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

- 2.20.1.3. "ביו פידבק" - טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מידית של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.
- 2.20.1.4. "כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.
- 2.20.1.5. "אוסטיופטיה" - טיפול להשגת הקלה בהפרעות במערכות השרירים והשלד על ידי שיפור הזרימה במערכות כלי הדם, הלימפה והעצבים.
- 2.20.1.6. "פלדנקרייז" - טיפול ביכולת התנועה ויציבת הגוף, תוך פיתוח מודעות להרגלי התנועה והקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 2.20.1.7. "רפלקסולוגיה" - טיפול באמצעות לחיצות ועיסוי בעיקר בכפות הרגליים לאבחון ושיפור תפקודן של מערכות הגוף השונות.
- 2.20.1.8. "שיאצו" - לחיצות ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף לצורך שחרור ואיזון הזרימה.
- 2.20.1.9. "נטורטפתיה" - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 2.20.1.10. "שיטת טווינא" - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מס' רקמות עמוק.
- 2.20.1.11. סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח על פי פרק זה בגין כל טיפול לא יעלה על 150 ש"ח ועד 15 טיפולים בשנת ביטוח.
- 2.20.1.12. הטיפול נעשה על רקע מצב רפואי שיוגדר על ידי רופא מטעם המבוטח.
- 2.20.1.13. לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולים עתידיים.

2.20.2. הגבלות לאחריות המבטח:-

- המבטח לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים:
 - 2.20.2.1. טיפולים שאינם כלולים בסעיף 2.20.1
 - 2.20.2.2. טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו')
 - 2.20.2.3. הוצאות עבור תרופות/ חומר מרפא ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך טיפול.

3. חריגים מיוחדים

- סעיף החריגים הכלליים בפוליסה שאליה צורף פרק זה, חל גם על פרק זה. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
 - 3.1. בדיקות תקופתיות ובדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט המפורט בפרק זה.
 - 3.2. ניתוחים וטיפולים הקשורים בשיניים, למעט המפורט בפרק זה.

4. תקופת אכשרה

- במקרה של כיסוי הקשור בהיריון ו/או גרידה ו/או לידה תהא תקופת אכשרה של 180 יום.

פרטי התקשרות

סוכנות מדנס - אגף הבריאות

מוקד שירות טלפוני

03-6380377 📞

שלוחה 1 - מוקד השירות לאחר הצטרפות

שלוחה 2 - מוקד ההצטרפויות

מדנס מעניקה שירות דיגיטלי גם באמצעות:

ey@madan.es.com 📧

המענה יינתן תוך יום עסקים 1 בלבד

052-8259424 וואטסאפ 📞

אתר האינטרנט של EY במדנס סוכנות לביטוח:

ey.madan.es.com 🖱️

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞

052-7544589 וואטסאפ 📞

ניתן להגיע אלינו גם באמצעות הלינק:

www.harel-group.co.il/t/BFQJFV

אבא הלל 3, בית הראל, 📍

ת"ד 10951, רמת גן 5252202

