



ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי שופרסל ובני משפחותיהם

חברת שופרסל שמחה להציג בפניך את הסכם ביטוח הבריאות החדש שערכנו, לרווחת כל עובדי החברה ובני משפחותיהם.

הביטוח כולל את הכיסויים הבאים:

רובד בסיסי (משולם במלואו עבור כל עובד)

- השתלות איברים בארץ ובחו"ל.
- ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל.
- תרופות שאינן מכוסות במסגרת סל הבריאות.
- תרופות יתום ותרופות בהתאמה אישית (29ג').

רובד מורחב (לבחירת העובד, בתשלום העובד)

- שירותים אמבולטוריים כגון ייעוצים, טיפולים ובדיקות.
- כיסוי מלא לניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.
- ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.
- כתב שירות - רופא מלווה אישי.

עד כה, ביטוח הבריאות הוכיח את יעילותו בתשלום אלפי תביעות ובמתן נגישות מלאה לקדמה הטכנולוגית ואנו בטוחים כי הביטוח יעניק מענה מיטבי למי שיזדקק לו גם בעתיד.

חברת הביטוח שנבחרה - "הראל" חברה לביטוח.

סוכנות הביטוח "אונגר פישר" תמשיך ללוות אתכם בכל הנדרש.

חברת הייעוץ "פרש קונספט" - תמשיך לעמוד לצדכם לפתרון בעיות מורכבות.

החברת המצורפת מפרטת את פוליסת הביטוח. בנוסף, מצוי בה מידע אודות אופן הגשת התביעות וקבלת השירות עפ"י תוכנית הביטוח.

ביטוח זה הנו בעל חשיבות רבה לשמירה על איכות החיים ולעיתים אף להצלת חיים ועל כן, אנו ממליצים לכם לרכוש את הרובד המורחב ולצרף לביטוח גם את בני משפחותיכם.

אנו תקווה שהשימוש העיקרי בשירות זה יהיה בכך שיספק לך ולבני משפחתך בטחון ושקט נפשי ואפשרות לשמירה על בריאות תקינה בשגרה.

בברכת בריאות ואריכות ימים,

ההנהלה וועד העובדים

תוכן עניינים

4.....	גילוי נאות
16.....	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי
31.....	מבוא
34.....	רובד בסיסי
34.....	פרק א': השתלות ובח"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל
38.....	פרק ב': תרופות שאינן בסל הבריאות
41.....	רובד הרחבה
41.....	פרק ג': שירותים אמבולטוריים
45.....	פרק ד': כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
48.....	פרק ה': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ
51.....	פרק ו': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח
55.....	פרק ז': כתב שירות - "רופא מלווה אישי"
66.....	איך לנהוג בעת תביעה?

גילוי נאות

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

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי שופרסל בע"מ ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי שופרסל ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	רובד בסיסי פרק א': השתללות בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל. פרק ב': תרופות שאינן בסל הבריאות. רובד הרחבה פרק ג': שירותים אמבולטוריים. פרק ד': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. פרק ה': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ. פרק ו': כיסי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח לבעלי שב"ן. פרק ז' יחול במקום פרק ה', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים בתמורה לדמי הביטוח המפורטים בהמשך פרק ז': כתב שירות - "רופא מלווה אישי". * בהתאם לרבדים שנרכשו ע"י המבוטח.
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 01.06.2020 ועד ליום 31.05.2025.

תמצית פרטי הפוליסה	
רובד בסיסי השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה. תרופות שאינן בסל הבריאות 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. רובד הרחבה שירותים אמבולטוריים השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות היריון, טיפולים אונקולוגיים, טיפולי פיזיותרפיה, בדיקות רפואיות אבחנתיות, בדיקות מניעה ועוד. ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן. 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. כתב השירות - "רופא מלווה אישי" השירות מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים; מידע, ייעוץ רפואי נוסף, ליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למנוי המתמודד עם מצב רפואי או מחלה, על פי המוגדר בפרק, יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו את המנוי ואת בני משפחתו בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות משלב האבחנה ובמשך הטיפול הרפואי וההחלמה למשך 3 חודשים וכל זאת בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות.	תיאור הביטוח

תמצית פרטי הפוליסה	
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה) באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה - סעיף 13. פרק ב' תרופות שאינן בסל הבריאות - סעיפים 5 ו-6. פרק ד' ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 7 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' כתב שירות, רופא מלווה אישי, סעיף 2.25. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.	
גובה הפיצוי הכספי שאקבל פרק א' השתלוח בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל, סעיף 3.6 מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 259,000 ₪, ובלבד שימציא אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה, למעט השתלה עצמית וקרנית. מבוטח שמימש את זכאותו לפיצוי על פי סעיף קטן זה, לא זכאי לפיצוי כמפורט בסעיף 3.7 (גם אם ההשתלה בוצעה בפועל בישראל). סעיף 3.7 השתלה שלא במימון החברה בחו"ל למעט השתלה עצמית ו/או קרנית, פיצוי בגובה 259,000 ₪. סעיף 3.10 פיצוי בגובה 10,000 ₪ עבור ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל. פרק ד' ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, סעיף 5.10.4, פיצוי בגובה 200,000 ₪ במידה ונפטר חו"ל המבוטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה עפ"י פרק זה וכתוצאה ישירה מהניתוח.	
סעיף 16 לפרק הכללי - תקופת אכשרה של 90 ימים. סעיף 16 לפרק הכללי - בגין כל מקרה הקשור להריון ו/או בדיקות הריון ו/או הפסקת הריון ו/או לידה ו/או אשפוז כתוצאה מהריון ו/או הפריה חוץ גופית - תקופת אכשרה של 180 ימים. פרק ה' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ ופרק ו' כיסוי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח, תקופת אכשרה של 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה 12 חודשים בלבד.	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 מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תמצית פרטי הפוליסה	
פרק ב' תרופות שאינן בסל הבריאות, השתתפות של 207 ₪ למרשם ועד 414 ₪ עבור כל המרשמים. פרק ג' שירותים אמבולטוריים, השתתפות של 15% עבור התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח, בדיקות הריון, טיפולי הפריה חוץ גופית, בדיקות רפואיות אבחנתיות ואחות פרטית. השתתפות עצמית של 20% עבור אביזרים רפואיים, טיפולי פיזיותרפיה, כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל, חוות דעת לבדיקה פתולוגית וטיפול בחדר מלח. השתתפות עצמית של 25% עבור טיפולי הפריה חוץ גופית לפונדקאית, טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה, בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון. השתתפות של 50% עבור מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי והתעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח. פרק ז' כתב שירות רופא מלווה אישי, השתתפות של 380 ₪ עבור כל מקרה רפואי.	השתתפות עצמית
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח

דמי הביטוח החודשיים עבור הרובד הבסיסי:

מבוטחים	רובד הבסיסי פרקים א' - ב'	אופן התשלום
עובד/ת	19.62 ₪	מימון מלא של המעסיק כולל גילום מס
בן/בת זוג	7.78 ₪	משכרו של העובד
ילד עד גיל 29 (כולל)	3.34 ₪	משכרו של העובד
ילד בגיל 30 ומעלה	7.78 ₪	משכרו של העובד
ילד נשוי של עובד	7.78 ₪	משכרו של העובד / אמצעי גבייה אישי
בן/בת זוג של ילד עובד	7.78 ₪	אמצעי גבייה אישי
*ילד (נכד) עד גיל 30	3.34 ₪	אמצעי גבייה אישי

ילד שלישי (עד גיל 30) ואילך - חினם.

דמי הביטוח החודשיים עבור הרובד המורחב:

ילד שלישי (עד גיל 25) ואילך - חினם.

רובד מורחב			
קבוצת גיל	פרקים ג'-ד', ו' כיסוי מלא לניתוחים	פרקים ג' - ה' כיסוי משלים שב"ן לניתוחים	אופן התשלום
ילד עד גיל 25	13.35	12.35	משכרו של העובד
0-20	13.35	12.35	משכרו של העובד
21-40	45.60	43.60	משכרו של העובד
41-60	64.50	62.50	משכרו של העובד
61+	68.95	66.95	משכרו של העובד

למבוטחים בגילאים 26-29 תינתן הנחה בשיעור 37%.

למבוטחים בגילאי 41-44 תינתן הנחה בשיעור של 29%.

למבוטחים (שאינם ילדים) בגילאי 21-25 תינתן הנחה בשיעור של 70%.

ההנחות הנקובות ייבחנו לאחר שנתיים וניתנות לשינוי בכפוף לסעיף התאמת דמי הביטוח בסעיף 7.6 בפוליסה.

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 בחודש יום ההולדת. שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי.

(מדד שיפורסם ביום 15.05.2020).

לאחר 24 חודשים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.

שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
רובד בסיסי			
פרק א': השתללות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלת בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 3.1 - 3.6 או 3.7 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	השתלה לפי סעיף 1 - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי גזע מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי גזע עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 90 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד. סעיף 3.6 - מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה, זכאי לפיצוי חד פעמי בשל הצורך בביצוע ההשתלה, למעט השתלה עצמית וקרנית. סעיף 3.7 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.	סעיף 3.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.1 - עד לסך של 4,140,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם. במקרה של השתלת לב מלאכותי - עד תקרה בגובה 1,035,000 ₪. סעיף 3.6 - פיצוי חד פעמי בגובה 259,000 ₪ בשל הצורך בביצוע ההשתלה, למעט השתלה עצמית וקרנית. סעיף 3.7 - פיצוי חד פעמי בסך 259,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה, למעט השתלה עצמית ו/או קרנית.	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 2.2 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 3.2 - עד לסך בגובה 776,100 ₪.	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 3.8 לאחר ביצוע השתלה. סעיף 3.9 במקרה שהמבוטח נזקק להשתלה ובשל מצבו הרפואי המבוטח מרותק למיטתו. סעיף 3.9 במקרה של מבוטח השוהה באשפוז בבית חולים בשל מצבו הרפואי ונזקק להשתלה.	סעיף 3.8 סכום חודשי בסך 5,175 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים, (למעט קרנית ו/או השתלה עצמית). 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 אשר שוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל בגין התקופה בה היה מאושפז.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ב': תרופות שאינן בסל הבריאות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות לפי סעיף 29 ג או תרופת יתום כהגדרתן פרק זה.	סעיף 3.2 - סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 2,000,000 ₪, לתקופת הביטוח. סכום ביטוח מרבי עבור תרופה לפי סעיף 29 ג' ועבור תרופת יתום - עד 200,000 ₪ לתקופת הביטוח.	סעיף 4 - השתתפות עצמית בסך 207 ₪ ועד 414 ₪ עבור כל המרשמים לאותו החודש.
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.3 בפרק- שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה או תשלום ישירות לנותני השירות.	עד לסך של 207 ₪ 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.		

רובד הרחבה				
פרק ג' - שירותים אמבולטוריים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח	סעיף 4.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לאבחון ו/או טיפול בגין מחלה אשר בתחום מומחיותו (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה ו/או מעקב הריון).	כיסוי עד ל-1,245 ₪ להתייעצות ועד 2 סה"כ התייעצויות בכל שנת ביטוח למבוטח.	90 ימים	15% מההוצאה בפועל
בדיקות הריון	סעיף 4.2 לפרק - החזר בגין בדיקות לנשים בהריון, לפי סעיפים 1.2.1 - 1.2.8 לפרק.	כיסוי עד 3,105 ₪ להריון אחד. במקרה של הריון מרובה ילדים עד 4,140 ₪ להריון עבור כל הבדיקות.	180 ימים	15% מההוצאה בפועל
טיפול גופתי חוץ גופית	סעיף 4.3 לפרק - החזר בגין הפריה חוץ גופית, על פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריון בישראל.	כיסוי עד 14,500 ₪ לכל סדרת טיפולים. יכוסו עד שתי סדרות טיפולים לילד ועד שני ילדים.	180 ימים	15% מההוצאה בפועל
טיפול פיזיותרפיה אמבולטוריים	סעיף 4.10 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים.	כיסוי עד 10 טיפולים לשנת ביטוח ולא יותר מ-160 ₪ לטיפול.	90 ימים	20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 4.11 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S). אולטרסאונד, ממוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) בדיקת PET וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו.	כיסוי עד 5,175 ₪ לבדיקות אבחנתיות למבוטח בשנה.	90 ימים	15% 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.

פרק ד': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	סעיף 4 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור טיפול תרופתי במהלך האשפוז, הטסה רפואית ועוד.	סעיף 4.1 - בוצע במבטח ניתוח בחו"ל, אשר ביצעו אושר ותואם בכתב מראש על ידי המבטח, ישפה המבטח את נותן השירות באורח מלא וישיר. סעיף 4.2 - בוצע הניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו בחו"ל, אולם ביצעו לא תואם מראש על-ידי המבטח, ישפה המבטח את המבטח בעבור ההוצאות כמפורט בסעיף 3 בפרק בהיקף של עד 200% מתקרת ההוצאות שהיו משולמות על-ידי המבטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל ע"י נותני שירות שבהסכם עם המבטח, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבטח.
הוצאות שהייה	סעיף 5.10.1 בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 5 ימים רצופים.	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 1,035 ₪ ליום ועד 30 ימים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 5.9 - 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.	
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 6 - בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל.	עד תקרת הסכום שהיה משולם על ידי המבטח בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול, לו היה מבוצע אצל ספקי שירות שבהסכם עם המבטח, או עד 103,500 ₪, לפי הנמוך ביניהם.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

פרק ה': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 1.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות.	סעיף 3.1 - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2, 3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית.	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.	

פרק ו': 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 1.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות.	סעיף 3.1 - כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פליטנום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית.	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/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.	

פרק ז': רופא מלווה אישי			
שם השירות	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
רופא מלווה אישי	השירות מאפשר למנוי לגבי מקרים רפואיים מוגדרים לקבל מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למנוי המתמודד עם מצב רפואי או מחלה יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו אותו ואת בני משפחתו בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות משלב האבחנה ובמשך הטיפול הרפואי וההחלמה למשך 3 חודשים וכל זאת בכפוף לתנאים המפורטים בפרק.	סעיף ב' - המנוי זכאי לקבל שירותים כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שתיקבע ע"י הצורך הרפואי ושלא תעלה על 90 יום מיום אישור הזכאות על ידי הממין הראשי כמפורט בפרק.	380 ₪ עבור כל מקרה רפואי.

מדד הפוליסה שיפורסם ביום 15.05.2020.

מידע נוסף:

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

לברור גובה תגמולי הביטוח האמורים הנכללים בתכנית הביטוח שברשותך, ניתן לפנות למוקד הראל, בטלפון *2735) או באתר האינטרנט של החברה שכתובתו

<http://www.harel-group.co.il/wps/portal>

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי

הראל חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 52004078

בין:

רח' אבא הלל 3, רמת גן

(להלן: "המבטח")

מצד אחד

שופרסל בע"מ, ח.צ. 520022732

לבין:

גידרון תעשיות בע"מ, ח.פ. 510894587

בי דראגסטורס בע"מ, ח.פ. 510978463

רח' שמוטקין 30, ראשון לציון

(להלן, ביחד ולחוד: "בעל הפוליסה")

מצד שני

הואיל: ובעל הפוליסה ביטח את עובדיו, בני/ות זוגם וילדיהם, בהסכם בריאות קבוצתי מיום 01.12.2015 עד ליום 31.05.2020 (להלן: "הסכם הביטוח הקודם");

הואיל: וברצון בעל הפוליסה להמשיך לבטח בביטוח בריאות קבוצתי את עובדי בעל הפוליסה, בני/ות זוגם וילדיהם, בתנאים כמפורט בהסכם זה (להלן: "הפוליסה" או "הסכם הביטוח");

והואיל: והמבטח מסכים לקבל על עצמו ביטוח זה בתנאים המפורטים בהסכם ביטוח זה להלן;

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

1. מבוא

- 1.1. המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד ממנו.
- 1.2. כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד ולצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.

2. צירוף מבטח

- 2.1. מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
 - (1) לשלם, במועד תחילת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד;

או

- (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי, לא יצרפו המבטח לאותו הביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבטח 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 למבטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

- 2.2. האמור בסעיף 2.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
- (1) הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
 - (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד;
- לעניין זה **"שמירה על רצף ביטוחי"** - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 2.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:
- (א) ניתוחים
 - (ב) תרופות
 - (ג) השתלות
 - (ד) מחלות קשות
 - (ה) שיניים
 - (ו) תאונות אישיות
- 2.4. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.1 לעיל והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 2.5. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 2.2 לעיל; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.
- 2.6. על אף האמור בסעיף 5 שלהלן, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה, ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1) לתקנות אלו, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.
- 2.7. עובד/ת שנישא במהלך תקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו בתוך 90 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום.
- 2.8. תינוק שנולד למבוטח/ת יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו.
- 2.9. צירוף בני משפחה של עובד/ת בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד/ת באותו רובד ביטוחי, למעט מקרה בו העובד נדחה מהביטוח.

2.10. בני משפחה של ילד יהיו רשאים להצטרף לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי. למרות האמור לעיל, במידה ויבקשו להצטרף לביטוח תוך 90 יום ממועד תחילת הסכם זה או ממועד תחילת העסקת העובד/ת אצל בעל הפוליסה, המאוחר מביניהם, הצירוף יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום וללא תקופת אכשרה למעט בגין פרק ג', שירותים אמבולטוריים, בגינו תחול תקופת אכשרה כאמור בפוליסה.

2.11. עובדים ובני משפחותיהם שהיו מבוטחים במסגרת פוליסה זו וביטלו את הביטוח יהיו זכאים לחזור לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.

3. פירוט הכיסויים והשירותים

3.1. פירוט הכיסויים בפוליסה:

רובד בסיסי:

השתלות בארץ בחו"ל וטיפול מיוחדים בחו"ל - כמפורט בפרק א';

תרופות שאינן בסל הבריאות - כמפורט בפרק ב';

רובד מורחב:

שירותים אמבולטוריים - כמפורט בפרק ג';

כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - כמפורט בפרק ד';

כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (משלים שב"ן / "מהשקל הראשון") - כמפורט בפרקים ה'-ו', כתב שירות "רופא מלווה אישי" - כמפורט בפרק ז'.

3.2. רשימת גבולות אחריות המבטח במסגרת הפוליסה:

כמפורט בפרקי הפוליסה השונים.

3.3. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה המיטיבה את תנאי הביטוח, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.

בנוסף, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהא רשאי בעל הפוליסה לערוך בחינה מחודשת של היקף ההגדרות והכיסויים הכלולים בהסכם זה ולדרוש לעדכןם ולהרחיבם. אם לשינויים הנדרשים כאמור ישנה השלכה כספית, יותנו השינויים בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.

במקרה זה, דרישת המבטח לשינוי הפרמיה תועבר לבעל הפוליסה וזה האחרון יהא רשאי להעביר את ההצעה לבידוק של אקטואר מטעמו, החבר באגודת האקטוארים. בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בהודעה בכתב של 90 יום מראש למבטח, אשר תימסר למבטח בתוך 60 יום ממועד מסירת דרישת המבטח להעלאת הפרמיה וזאת בתנאי שיסדיר כיסוי דומה למבטחים אצל מבטח אחר ליתרת תקופת הביטוח. הצדדים ינהלו מו"מ בתום לב בניסיון להגיע להסכמות לגבי תוספת הפרמיה בתוך פרק הזמן של 60 יום כאמור לעיל.

3.4. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה הגורעת בתנאי הביטוח, ומחייבת את יישומו תוך כדי ההסכם, יותנו השינויים בהפחתת דמי הביטוח בהתאם ובהסכמת הצדדים.

4. תקופת הסכם הביטוח

4.1. הסכם זה יהיה בתוקף החל מיום 01.06.2020 עד ליום 31.05.2025 (להלן: "תקופת הביטוח" ו/או "תקופת הביטוח המקורית").

4.2. לאחר תום תקופת הביטוח יתחדש הסכם זה לתקופות נוספות של 3 שנים כל אחת (להלן: "תקופת הביטוח המוארכת"), בכפוף להסכמת הצדדים בחתימתם ובתנאים

אשר יוסכמו ע"י המבטח ובעל הפוליסה. במידה ולא יחודש ההסכם לתקופת ביטוח נוספת כאמור לעיל, יאריר המבטח את תקופת הביטוח, על פי דרישת בעל הפוליסה, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, בתנאים זהים להסכם זה.

4.3 בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת של 90 יום למבטח ובתנאי שיסדיר כיסוי דומה למבטחים אצל מבטח אחר ליתרת תקופת הביטוח.

4.4 פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה - **סעיף 9 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.**

5. התחלת הביטוח והפסקתו

5.1 תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, על כל נספחיו, לגבי כל אחד מהמבטחים יהיה לפי המאוחר מבין התאריכים הבאים:

(א) היום הראשון (1) בחודש העוקב לחודש בו הצטרף לקבוצת המבטחים וחתם על טופס הצטרפות כנדרש על פי דין.

(ב) היום הראשון (1) בחודש העוקב לחודש בו ניתן אישורו של המבטח בכתב להצטרפותו של המבטח לביטוח עפ"י ההסכם, לאחר שהמבטח הגיש בקשה להצטרפות בצירוף מילוי הצהרת בריאות וחיתום, ואחר ביצוע תשלום ראשון של דמי הביטוח.

(ג) יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

5.2 תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

(א) היום האחרון של החודש בו הפסיק המבטח להשתייך לקבוצת המבטחים. מובהר כי בעת הפסקת עבודתו של המבטח, מכל סיבה שהיא לרבות פרישה לגמלאות, אצל בעל הפוליסה, יסתיים הביטוח על פי הסכם זה, גם עבור בני משפחתו המבטחים מכוח היותם בני משפחתו כאמור ביום האחרון של החודש.

(ב) גירושין - יסתיים הביטוח עבור בן/בת הזוג אשר היה מבטח על פי הסכם זה ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע. למען הסר ספק, ילדיו של המבטח שהיו עובד בעל הפוליסה יישארו מבטחים גם במקרה של גירושין כאמור, לפי רצונו של העובד.

(ג) פטירה (חו"ח) של העובד - יסתיים הביטוח עבור בני משפחתו אשר היו מבטחים על פי הסכם זה ביום האחרון של החודש בו אירע האירוע.

(ד) יום תום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף 4 לעיל.

(ה) מועד ביטול הביטוח עקב אי תשלום דמי הביטוח (הפרמיות) על פי הדין ועל פי ההסכם.

(ו) היום האחרון בחודש בו ביקש המבטח בכתב לבטל את הביטוח על פי הסכם זה. מובהר בזאת כי ביטול הביטוח על ידי עובד משמעו גם ביטול הביטוח עבור בני משפחתו המבטחים מכוח היותם בני משפחתו כאמור.

למען הסר ספק מובהר כי הביטוח לא יפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 4 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיו עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה.

1. למען הסר ספק יובהר כי אם שולמו למבטח כספים על חשבון דמי הביטוח לפני שניתנה הסכמת המבטח לבטח את המועמד לביטוח, לא יתחשב קבלת הכספים בידי המבטח כהסכמת המבטח לצירוף המבטח לביטוח.

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

5.3. **זכאות להמשכיות בפוליסות פרט:**
במקרה של סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית; במידה והפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם; פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית; גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית. כל מבוטח שהיה מבוטח במסגרת הסכם זה, יהיה זכאי להצטרף ללא תקופת אכשרה וללא הוכחת בריאות מחדשת לאחת מתכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח, בהיקף דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה (לפי בחירת המבוטח) בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים אצל המבטח באותה עת (להלן: **"פוליסת ההמשך"**). זאת בתוך 90 יום מהמועד בו הפסיק להיות מבוטח על פי הסכם.

למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו בהצטרפות לפוליסה זו ימשיכו לחול גם בהצטרפות לפוליסת ההמשך.

מבוטח שהצטרף לפוליסת ההמשך בתנאים הנקובים בסעיף זה לעיל, יהיה זכאי להנחה בשיעור של 30% מגובה דמי הביטוח המקובלים באותה עת לגילו בפוליסת ההמשך, וזאת למשך 3 שנות הביטוח הראשונות.

תנאי הקבלה לביטוח בפוליסה זו (תוספות והחרגות רפואיות) יחולו על הכיסוי בביטוח הפרטי.

להסרת ספק, יובהר, כי המעבר לפוליסת ההמשך יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

6. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה

6.1. בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:

6.1.1. כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

6.1.2. כי ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

6.1.3. והוא מעביד וכי המבוטחים הם עובדיו ובני משפחותיהם.

7. דמי ביטוח (פרמיות), מתן מסמכים והודעות למבוטחים

7.1. דמי הביטוח החודשיים (ב-ש) בגין הרובד הבסיסי, הינם כדלקמן:

מבוטחים	רובד הבסיסי פרקים א' - ב'
עובד/ת	19.62 ₪
בן/בת זוג	7.78 ₪
ילד עד גיל 29 (כולל)	3.34 ₪
ילד בגיל 30 ומעלה	7.78 ₪
ילד נשוי של עובד (בכל גיל)	7.78 ₪
בן/ בת זוג של ילד עובד	7.78 ₪
ילד (נכד) עד גיל 30	3.34 ₪

*ילד שלישי (עד גיל 30) ואילך - חינם

דמי הביטוח החודשיים (ב-ש) בגין הרובד המורחב, הינם כדלקמן:
*ילד שלישי (עד גיל 25) ואילך - חינום

קבוצת גיל	רובד מורחב פרקים ג'-ד, ו' (כיסוי מלא לניתוחים)	רובד מורחב פרקים ג'-ה' (כיסוי משלים שב"ן לניתוחים)
*ילד עד גיל 25	13.35 ₪	12.35 ₪
0-20	13.35 ₪	12.35 ₪
21-40	45.60 ₪	43.60 ₪
41-60	64.50 ₪	62.50 ₪
61+	68.95 ₪	66.95 ₪

למבוטחים בגילאים 26-29 תינתן הנחה בשיעור 37%.

למבוטחים בגילאי 41-44 תינתן הנחה בשיעור של 29%.

למבוטחים (שאינם ילדים) בגילאי 21-25 תינתן הנחה בשיעור של 70%.

ההנחות הנקובות ייבחנו לאחר שנתיים וניתנות לשינוי בכפוף לסעיף התאמת דמי הביטוח כאמור בסעיף 7.6 מטה.

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 01.01.2014, דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 01.01.2014 לפי דמי הביטוח של גיל 40).

7.2 בעל הפוליסה יישא בתשלום דמי הביטוח בגין כל העובדים המבוטחים עבור הרובד הבסיסי כולל גילום שווי מס ויגבה את תשלום דמי הביטוח עבור העובדים בגין הרובד המורחב ובגין בני המשפחה בגין כל רבדי הביטוח, בהסכמת העובד, משכר העובד. מבוטחים הנמצאים בתקופת חל"ד/ חל"ת כהגדרתה בסעיף 7.7 להלן, ישלמו את דמי הביטוח ישירות למבטח באמצעי גבייה אישי.

7.3 דמי הביטוח בגין העובד ובני משפחותיהם ישולמו למבטח כל חודש על ידי בעל הפוליסה במרוכז עד ה-25 בכל חודש בגין החודש הקודם. **גבייה מרוכזת של דמי הביטוח עבור מבוטחים אלו על ידי בעל הפוליסה הינה תנאי מהותי להסכם זה,** למעט בגין מבוטחים הנמצאים בתקופת חל"ד/ חל"ת כהגדרתה בסעיף 7.7 להלן, אשר ישלמו את דמי הביטוח ישירות למבטח באמצעי גבייה אישי.

7.4 דמי הביטוח בגין המבוטחים שדמי הביטוח בגינם משולמים באופן מרוכז ישולמו עפ"י מכפלת מס' המבוטחים בפוליסה בסכומים הנקובים בסעיף 7.1 לעיל.

7.5 בהגיע ילד של מבוטח לגיל 30 שנה, יגבו בגינו דמי ביטוח בגין מבוטח בגיל 30 ומעלה, אלא אם הוגשה למבטח בקשה בכתב לסיום הביטוח עבורו. למען הסר ספק, דמי הביטוח בגין ילד בוגר ישולמו בגבייה מרוכזת.

7.6 התאמת פרמיה -

לאחר 24 חודשים מתאריך תחילת הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני הפוליסה לבחינת הצורך בקיום התאמת דמי הביטוח ו/או שינויים בכיסויים. התאמת דמי הביטוח תבוצע בהתאם לנוסח התאמת הפרמיה הקיים בהסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטח. 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.

7.7. **חל"ד/חל"ת** - עובדים/ות אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצאת העובד/ת בחופשת לידה כהגדרתה **בחק עבודת נשים תשי"ד 1954** או בתקופת החל"ת של העובד/ת בתנאי שבמהלך חופשת הלידה או החל"ת, שמם יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או שהפרמיה החדושתית תשולם ישירות ע"י המבוטחים באמצעות כרטיס אשראי או באמצעות הוראת קבע. המשך הביטוח במקרה של חל"ת יתאפשר עד תקופה של 12 חודשים, ובכפוף לאישור המעסיק בכתב. פסקו יחסי עובד-מעביד או לחילופין החל"ת עולה על התקופה המקסימלית של 12 חודשים יהיו רשאים העובד/החבר ובני משפחתו המבוטחים במסגרת הסכם זה לרכוש פוליסת פרט אצל המבטח כקבוע בהסכם זה.

7.8. **מתן מסמכים למבוטח:**

7.8.1. המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל מבוטח 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. בסעיף זה **"חידוש ביטוח"** - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

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

- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
- (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
- (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

7.8.2. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח.

7.8.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לענין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

7.9. **מתן הודעות למבוטח:**

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 או בסעיף 7.10 שלהלן, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לענין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 2.2 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.

- 7.9.1 חודשה פוליסה לקבוצת מבטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 7.9.2 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים 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.
- 7.9.3 פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף להלן ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים, 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 המבטח לפי הפוליסה הקבוצתית. חלה על מבטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למבטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה כאמור.
- 7.10 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 המבטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו, לענין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-
- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבטח;
 - (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטח 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 המבטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
 - (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבטח ערב מועד חידוש הביטוח.

8. פיגורים בתשלומים

- 8.1 המבטח ייתן ארכה לתשלום כל פרמיה למשך 30 יום נוספים לאחר מועד התשלום. במשך תקופה זו יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. אם בתום תקופת הארכה לא שולמה הפרמיה למבטח, יבוטל הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, בכפיפות להוראות החוק.
- 8.2 לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 5.1, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 90 יום ממועד תשלום הפרמיה שלא שולמה, לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל הפרמיות שבפיגור.

בתוספת הפרשי ריבית והצמדה ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הפיגורים המבטח לא יהיה אחראי לכל אותם מקרי ביטוח שאירעו מיום ביטול הביטוח ועד חידושו.

8.3. לאחר שעברו 90 יום ממועד תשלום הפרמיה שלא שולמה, לא יהיה המבטח חייב לחדש את הביטוח.

9. תנאי הצמדה למדד

9.1. כל התשלומים למבטח ומהמבטח על פי ביטוח זה יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כך שדמי הביטוח והתגמולים יעודכנו בהתאם ליחס שבין המדד הקובע לבין המדד היסודי.

9.2. לצורכי סעיף זה יפורשו המונחים שלהלן כך:

9.2.1. **"המדד"** משמעו מדד המחירים לצרכן (הכולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, אם הוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ואם לאו, אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף. המדד יהיה מותאם למדד הבסיס (100 נקודות) מחודש ינואר 1959 מחולק באלף.

9.2.2. **"המדד היסודי"** משמעו המדד האחרון שפורסם במועד תחילת הביטוח.

9.2.3. **"המדד הקובע"** משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

10. תגמולי ביטוח

10.1. במקרה של תגמולי ביטוח המשולמים על פי פוליסה זו כשיפוי בגין הוצאות רפואיות, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם, במלואם או בחלקם, ישירות לנותן השירות או למבוטח כנגד הצגת קבלות מקוריות או העתקן - למבטח. לבקשת המבוטח ובכפוף לכך שהמבוטח זכאי לכיסוי על פי פוליסה זו בגין המקרה הרלוונטי ולתנאי הכיסוי, ייתן המבטח לנותן השירות התחייבות כספית מראש אשר תאפשר למבוטח לקבל את השירות הרפואי שעלותו מכוסה על פי תנאי פוליסה זו. **המבטח רשאי להתנות את התחייבותו בתנאים, הכול בהתאם להיקף חבותו על פי פוליסה זו.** לבקשת המבוטח ובכפוף לכך שהמבוטח זכאי לכיסוי על פי פוליסה זו בגין המקרה הרלוונטי ולתנאי הכיסוי, ייתן המבטח מקדמה אשר תאפשר למבוטח לקבל את השירות הרפואי שעלותו מכוסה על פי תנאי פוליסה זו. **המבטח רשאי להתנות את מתן המקדמה בתנאים, הכול בהתאם להיקף חבותו על פי פוליסה זו.**

10.2. תגמולי ביטוח שישולמו לנותן שירות במטבע חוץ יתורגמו לשקלים בהתאם לשער היציג של מטבע החוץ הנ"ל ביום התשלום על ידי המבטח. תגמולי ביטוח שישולמו למבוטח כשיפוי בגין הוצאות רפואיות ששילם במטבע חוץ לנותן השירות ישולמו בש"ח בהתאם לשער היציג של מטבע החוץ ביום תשלום ההוצאה הרפואית לנותן השירות, והכול בכפוף לגמבלות ולתקרות הכיסוי ולתנאים המפורטים בפוליסה זו.

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

10.4. נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם אזי ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השרות או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונן של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה.

11. מקרה ביטוח המכוסה על ידי צד שלישי

- 11.1. הייתה למבוטח, בשל מקרה הביטוח, גם זכות לקבלת שיפוי מצד אדם שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח תגמולי ביטוח מסוג "שיפוי" ובגובה סכום התגמולים ששילם, והוא יעשה בה שימוש באופן שלא יפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן האדם השלישי שיפוי מעל לתגמולים שקיבל מהמבטח. קיבל המבוטח מהאדם השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה המבוטח פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך.
- 11.2. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.
- 11.3. המבוטח מתחייב לשאת פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.
- 11.4. בוטחו מקרי הביטוח, כולם או מקצתם, אצל יותר ממבטח אחד ו/או במסגרת שב"ן באחת מקופות החולים, על המבוטח להודיע על כך למבטח בכתב, מיד לאחר שנעשה הביטוח הנוסף או לאחר שנודע לו עליו.
- 11.5. היה המבוטח זכאי לשיפוי בגין הוצאות המכוסות על פי ביטוח זה מאת מבטח אחר או מאת קופת חולים, יהיה המבטח אחראי כלפי המבוטח יחד ולחוד עם המבטח האחר/קופת החולים לגבי סכום הביטוח החופף, ויחולו הוראות סעיף 59 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

12. כפל ביטוח

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

13. חריגים כלליים אשר יחולו על הסכם זה ועל נספחיו על כל פרקיהם

- 13.1. המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו אם מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 13.1.1. המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח שאירע עקב או בגין אחד או יותר מן האירועים הנקובים בסעיפים שלהלן: 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, אם המבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי וזאת גם אם המבוטח ויתר על זכותו. אלוכוהוליזם בכפוף לחריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 15 להלן ולמעט שימוש באלכוהול על-פי מקובלות חברתית.
- 13.1.2. שימוש בסמים ו/או בתרופות נרקוטיות, למעט אם השימוש נעשה על פי הוראות רופא.
- 13.1.3. ניסיון להתאבדות ו/או חבלה עצמית במתכוון ו/או סיכון עצמי במתכוון, ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.

13.1.4. פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי הנושאת שכר בצידה.

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

13.1.6. הריון ו/או לידה, למעט לידה בניתוח קיסרי ו/או הפסקת הריון שאינה קשורה בסיבות סוציאליות.

13.1.7. טיפול ו/או ניתוח ניסיוני ו/או למטרות ניסוי או מחקר ו/או ניתוח הדורש אישור ועדת הלסינקי.

13.1.8. טיפול ו/או ניתוח קוסמטי ו/או אסתטי.

על אף האמור לעיל, בכפוף לכיסוי שנרכש על ידי המבוטח, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל מסכרת או יתר לחץ דם, או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסתטי לתיקון צלקות לאחר כוויות, תאונות, ניתוחים או שברים שנגרמו או בוצעו במהלך תקופת הביטוח כמו גם ניתוח לתיקון חיר שסוע; ניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה, ניתוח לכריתת מיומה רחמית, ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע על רקע של סיכון מוגבר על רקע גנטי, טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-150 ס"מ בנקבה.

13.1.9. ניתוחים ו/או טיפולים הקשורים בפוריות ו/או בעקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות.

13.1.10. ניתוחים ו/או טיפולים הקשורים בשיניים ו/או בחניכיים לרבות ניתוח המבוצע על ידי רופא שיניים.

13.1.11. בדיקות שגרה ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה, אלא אם צויין אחרת בפרקי הפוליסה השונים.

14. חובת גילוי

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

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

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

14.2. אם ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, בתוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח. ביטל המבטח את הביטוח מכוח סעיף זה, זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

- 14.3. קרה מקרה הביטוח בטרם נתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו, לבין דמי הביטוח המוסכמים. למרות האמור לעיל יהיה המבטח פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים האלה:
א. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- ב. מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.
- 14.4. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
- א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
- ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.
- 14.5. מבלי לגרוע מכלליות האמור, מובהר כי תאריך לידתו של המבוטח הוא עניין מהותי שחלה עליו חובת גילוי כאמור לעיל.
- 14.6. האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה שלה זכאי המבטח על פי כל דין.
15. מצב רפואי קודם
- 15.1. לענין סעיף זה -
- 15.1.1. "מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 15.1.2. "סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 15.2. לא יכוסה מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם.
- 15.3. הסייג בשל מצב רפואי קודם, כאמור לעיל, לענין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא:
- 15.3.1. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- 15.3.2. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 15.4. על אף האמור, הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהיה המבטח רשאי לסייג את חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי קודם מסוים, וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתצוין בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 15.5. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לענין אותו מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.
- 15.6. יובהר, כי לגבי הכיסויים והסכומים החופפים שבביטוח הקבוצתי הקודם לעובדי בעל הפוליסה לבין פוליסה זו, לא יחול מחדש חריג מצב רפואי קודם על מבוטחים שעברו ברצף לפוליסה זו ובוטחו בה ברצף עד למועד קרות מקרה הביטוח הנתבע.

15.7. מבוטחים חדשים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל פי הסכם זה, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, לשיעיות רצונו של המבטח), יחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם הפרטי / הקבוצתי, בהתאמה, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים.

16. תקופת אכשרה

16.1. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח אשר ארע במהלך 90 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח, אלא אם כתוב אחרת מפורשות בפרק הרלוונטי.

16.2. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח הקשור להריון ו/או בדיקות הריון ו/או הפסקת הריון ו/או לידה ו/או אשפוז כתוצאה מהריון ו/או הפריה חוץ גופית במהלך 180 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח.

16.3. למרות האמור בסעיפים 16.1 ו-16.2 לעיל, מובהר כי תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים שהיו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם, וזאת לגבי הכיסויים החופפים בין הסכם הביטוח הקודם והסכם זה.

16.4. למרות האמור בסעיפים 16.1 ו-16.2 לעיל, עובדים ובני משפחתם שהצטרפו לביטוח הקבוצתי ללא מילוי הצהרת בריאות, בהתאם להוראות ההסכם, פטורים מתקופת אכשרה בפוליסה, למעט בגין פרק ג' - שירותים אמבולטוריים.

16.5. תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה.

17. נוהל תביעה

17.1. מיד כאשר נודע למבוטח על קרות מקרה הביטוח, ובטרם ביצוע הפרוצדורה הרפואית (לרבות ניתוח, השתלה, טיפול מיוחד בחו"ל) המכוסה על פי פוליסה זו, יודיע על כך בכתב למבטח.

העדר פניה למבטח כאמור תגרום להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו היתה נמסרת לו הודעה מראש כנדרש לעיל. מובהר כי האמור לא יחול במקרה בו נבצר מהמבוטח למסור את ההודעה מפאת מצבו הרפואי.

17.2. על אף האמור, אם בוצע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו בבית חולים פרטי כתוצאה ממצב חירום רפואי שחייב ביצוע ניתוח דחוף במבוטח ומנע ממנו להודיע למבטח מראש על כך, יש להביא את הדבר לידיעת המבטח בתוך זמן סביר.

17.3. המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית, המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח, ככל שהדבר נוגע לבירור זכויות וחובות המוקנות על פי פוליסה זו.

17.4. המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים הקשורים לתביעתו ואת כל המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, שאותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר, המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

17.5. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים מטעם המבטח ועל חשבון המבטח יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

17.6. אישר המבטח את התביעה, ישלם ישירות לנותן השירות או למבוטח, לפי העניין.

בכל מקום שבו נקבע בפוליסה זו תשלום כשיפוי למבוטח בגין הוצאות, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות בגין התשלומים שבהם נשא.

18. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המסים הממשלתיים והאחרים החלים בקשר לפוליסה או המוטלים על תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שחובה על המבוטח לשלם על פי הפוליסה, בין שהמסים הללו קיימים בתאריך התחלת הביטוח ובין שיוטלו במועד מאוחר יותר.

המבוטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם את המסים, את ההיטלים ואת ההוצאות כאמור או את חלקם במקום המבוטח ובעל הפוליסה, ובמקרה זה יהיה הסכום ששולם כאמור חלק מתגמולי הביטוח.

19. התיישנות התביעות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. היתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

20. הגבלת אחריות המבטח

המבטח אינו אחראי לשירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה, לרבות לאיכות השירותים הרפואיים. המבטח אינו אחראי לכל נזק, אבדן, הפסד או הוצאה שייגרמו למבוטח ו/או לכל צד שלישי, במישרין או בעקיפין, עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או הפנייתו על ידי המבטח לנותני השירותים כאמור ו/או כתוצאה ממעשה או ממחדל של נותני השירותים כאמור ו/או עקב טיפול תרופתי, לרבות נטילה או אי-נטילה של תרופה וזאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה, ככל שקיימים כתבי שירות בפוליסה.

21. השימוש בפוליסה במהלך שירות צבאי

ניצול הזכויות מכוח פוליסת הביטוח כפוף, בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע), להוראות ולהנחיות של הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל את החייל או למנוע ממנו קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים שמחוץ למסגרת הצבא. מידע בדבר ההוראות וההנחיות האמורות של הצבא מצוי אצל רשויות הצבא.

22. יועץ הביטוח:

ד"ר אודי פרישמן או מי מטעמו ישמש כיועץ ביטוח אשר יעניק ייעוץ שוטף למבוטחים בפוליסה כמפורט להלן:

- 22.1. בירורים מול המבטח בקשר לזכויות על פי הפוליסה, בירורים מול המבטח בקשר להחלטות המבטח על פי הפוליסה, מתן חוות דעת למבוטח לגבי בקשות לאישור תביעות על פי הפוליסה.
- 22.2. סיוע, מתן מידע ובירורים לגבי טענה או תלונה של המבוטח הקשורה בנהלי המבטח והשירות הניתן על ידו.
- 22.3. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבוטח לפנות ליועץ הביטוח.
- 22.4. המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידי שלא באמצעות המבוטח.
- 22.5. יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה או במקרה של דחייה חיתומית בעת בקשה להצטרפות לביטוח. למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיזוי תביעתו, על פי כל דין.

23. המחאת זכויות

בעל הפוליסה יהא רשאי להמחות בהמחאה בלתי חוזרת, את זכויותיו ו/או חובותיה בהסכם הביטוח שיחתם, כולן או חלקן, לכל חברת בת, חברה קשורה או כל גורם אחר, אליו יועבר חלק מפעילותה (להלן: "הגורם האחר"), והוראות הסכם זה יחולו לגבי הגורם האחר כאילו נחתם עימו הסכם נפרד זהה להסכם זה, אך מתייחס רק לחלק הזכויות והחובות שהומחה כאמור - בכפוף לכך שלאחר ההמחאה, סך הזכויות והחובות של בעל הפוליסה בצירוף סך הזכויות והחובות של הגורם האחר, יהיו שווים לסך הזכויות והחובות של בעל הפוליסה עובר להמחאת הזכויות ו/או החובות כאמור והכל בכפוף לאישורו של המבטח. מובהר כי האמור בסעיף זה כפוף להוראות תקנות הקולקטיב בריאות.

24. תחולה טריטוריאלית

פוליסה זו תחול, על אף כל תנאי המגביל את תחולתה הטריטוריאלית, גם בתחומי האזורים כמשמעותם בחוק יישום חוזה השלום בין מדינת ישראל לבין הממלכה הירדנית ההאשמית, התשנ"ה-1995.

25. כללי

25.1. מתן הקלה או אורכה לא ייחשב כשינוי תנאי הפוליסה או כוויתור של המבטח על זכויותיו על פיה.

25.2. כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב.

25.3. מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.

25.4. כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן:

המבטח:	הראל חברה לביטוח בע"מ
כתובת:	אבא הלל 3, רמת גן
בעל הפוליסה:	שופרסל בע"מ
	גידרון בע"מ
	בי דראגסטורס בע"מ
כתובת:	שמוטקין 30, ראשון לציון

25.5. כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.

מבוא

1. הגדרות

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הסכם ביטוח זה וכל נספחיו.

- 1.1 **"אח/ות"** - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות.
- 1.2 **"אשפוז"** - שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבטוח והקשור בו.
- 1.3 **"בדיקות"** - בדיקות חוזרות ו/או בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו-אקטיבי ו/או קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה, ובתנאי שהן בדיקות עזר הנדרשת לאבחון מחלתו של המבטוח, וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוען. הבדיקות האמורות תתבצענה במעבדה, במכונים מורשים או בבית חולים.
- 1.4 **"בית חולים"** - מוסד רפואי שהרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל מכירות בו כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- 1.5 **"בית חולים פרטי"** - בית חולים בישראל או בחו"ל, שהוא בבעלות פרטית, או בית חולים ציבורי (בבעלות ממשלתית או של קופת חולים), המורשה על ידי הרשויות המוסמכות הרלוונטיות לבצע ניתוחים באופן פרטי, במסגרת שירות רפואי פרטי (שר"פ) וזאת אך ורק בהתייחס לפעילותו במסגרת השר"פ, למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן).
- 1.6 **"בית חולים מוסכם"** - בית חולים, לרבות בית חולים פרטי, הנמצא, במועד שבו מגיש המבטוח את התביעה, בהסכם עם המבטוח.
- 1.7 **"דמי ביטוח"** - הפרמיה שעל בעל הפוליסה לשלם למבטוח עפ"י תנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת האמורה בפוליסה.
- 1.8 **"גיל המבטוח" או "גיל ביטוח"** - גיל המבטוח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדו ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבטוח כמפורט בפוליסה.
- 1.9 **"דף פרטי ביטוח"** - דף המצורף לפוליסה זו ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל את שם הפוליסה, את תאריך התחלת הביטוח, ופרטים אחרים הנוגעים לביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.10 **"המרכז הלאומי להשתלות"** - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
- 1.11 **"הסכם השירות"** - הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין המבטוח לבין נותן שירות כלשהו בקשר לביטוח זה.
- 1.12 **"הועבר לפרק השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל" ו"ועדת הלסינקי"** - ועדה לפי סעיף 2 לפרק א' להצהרת הלסינקי, הפועלת מכח תקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני-אדם), התשמ"א-1980, והמוסמכת לאשר בין השאר טיפולים ניסיוניים בבני אדם.
- 1.13 **"חו"ל"** - כל מקום מחוץ לגבולות ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.14 **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 1.15 **"יום אשפוז"** - שהות של 24 שעות בבית החולים..
- 1.16 **"ישראל"** - מדינת ישראל, ובכלל זה השטחים המוחזקים על ידי הרשות הפלסטינית.
- 1.17 **"מוטב"** - המבטוח או מי שנקבע על ידי המבטוח, בהצעה או בהתאם לאמור לסעיף 22 להסכם הביטוח.
- 1.18 **"מנתח"** - רופא מומחה אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה מנתח.

- 1.19. **"מנתח אחר"** - מנתח אשר אינו מנתח הסכם, כהגדרתו להלן.
- 1.20. **"מנתח הסכם"** - מנתח אשר שמו מופיע, במועד שבו מגיש המבוטח את התביעה, ברשימת המנתחים שבהסכם של החברה, המתעדכנת מפעם לפעם, ביחס לפרוצדורות המפורטות ברשימה האמורה.
- 1.21. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.22. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות המתוארת בכל אחד מפרקי הפוליסה, אשר בהתקיימה מוקנית למבוטח זכאות לתגמולי ביטוח על פי הפרק הרלוונטי בפוליסה.
- 1.23. **"נותן שירות אחר"** - ספק שירות רפואי, לרבות בית חולים, רופא, רופא מומחה ורופא מרדים, שאינו נותן שירות שבהסכם, כהגדרתו להלן.
- 1.24. **"נותן שירות שבהסכם"** - ספק שירות רפואי אשר בינו לבין המבוטח קיים הסכם, כהגדרתו לעיל, במועד הגשת תביעת המבוטח לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.25. **"ניתוח אלקטיבי"** - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).
- 1.26. **"סל הבריאות הממלכתי"** - מכלול השירותים הרפואיים ובכלל זה התרופות הניתנות על-ידי קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין חברה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת, למעט תוכנית השב"ן.
- 1.27. **"פוליסה" או "הסכם הביטוח"** - חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין המבוטח, ובכלל זה ההצעה, הצהרות על מצב הבריאות, דף פרטי הביטוח וכל נספח או תוספת המצורפים אליהם.
- 1.28. **"רופא"** - אדם אשר הוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה, למעט רופא שיניים.
- 1.29. **"רופא מומחה"** - רופא, למעט רופא שיניים, שהשלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל הסמיכו אותו כמומחה בתחום רפואי מסוים ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום.
- 1.30. **"רופא מרדים"** - רופא שהשלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל הסמיכו ואישרו אותו כרופא מרדים.
- 1.31. **"שנת ביטוח"** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח.
- 1.32. **"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 הממסכה במסגרת הביטוח כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרשי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיורפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), **למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה.** למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן).
- ההגדרה של שתל (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20 / 2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

1.33. **"תכנית השב"ן"** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות שעל-פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על-ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על-ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.

1.34. **"תקופת אכשרה"** - תקופה רצופה אשר תחילתה בתאריך התחלת הביטוח והנמשכת פרק זמן הרשום בפוליסה. הפוליסה עשויה לכלול תקופות אכשרה שאורכן שונה לכיסויים שונים הנכללים בפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורך 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 1.35.

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. **למען הסר ספק מובהר כי המבוטח יחויב בתשלום דמי ביטוח בגין תקופת האכשרה.**

1.35. **"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 הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".**

רובד בסיסי

פרק א': השתלות ובחול"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחול"ל

1. הגדרות:

"השתלה" - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי גזע מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי גזע עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. להסרת ספק יובהר כי דיאליזה, קוצב לב, הנשמה מלאכותית, דפיברילטור, וכן פרוצדורה של החדרת תאי גזע באחד מאיברי הגוף כגון כבד או לב, לא ייחשבו כהשתלה. ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים: ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני. ההשתלה תיעשה עפ"י אמות מידה אתיות מקובלות.

ההגדרה של השתלה (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

2. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא גילוי כי מצבו הרפואי של המבוטח מצריך השתלה בחול"ל ובלבד שמתקיימים כל התנאים המפורטים בסעיף 2.1 להלן, או גילוי כי מצבו הרפואי של המבוטח מצריך ביצוע טיפול רפואי מיוחד בחול"ל, ובלבד שמתקיימים כל התנאים המפורטים בסעיפים 2.1.1 - 2.1.4 להלן.

2.1 השתלה בחול"ל

- 2.1.1 רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרפואי הנוגע לעניין, קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך בביצוע השתלה.
- 2.1.2 ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות הרלוונטיות בארץ או במדינה בה מבוצעת אותה השתלה, לפי העניין, לבצע את ההשתלה.
- 2.1.3 ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או טיפול לא קונבנציונלי.
- 2.1.4 ההשתלה תיעשה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008. ככל שמדובר בהשתלה יתקיימו, בהתאם, כל התנאים הבאים:
 - 2.1.4.1 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
 - 2.1.4.2 מתקיימות הוראות החוק האמור לעניין איסור סחר באיברים.

2.2 טיפול רפואי מיוחד בחול"ל

- ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחול"ל אשר מתקיימים בו אחד התנאים המפורטים להלן וזאת על פי אישורו של רופא מומחה בתחום הספציפי מטעם המבוטח בדרגה של סגן או מנהל מחלקה בבית חולים בישראל שקביעתו תאושר ע"י רופא מטעם המבטח:
- 2.2.1 הטיפול אינו בר ביצוע בישראל.
 - 2.2.2 סיכויי הצלחת הטיפול בחול"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.

- 2.2.3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל ביחס לכמות האוכלוסייה בה מבוצע הטיפול המיוחד.
- 2.2.4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
- 2.2.5. ביצוע הטיפול נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
- 2.2.6. הטיפול דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.
- לא יכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני ו/או טיפול לא קונבנציונאלי.**
- למען הסר ספק מובהר בזה כי הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה היא מבוצעת ובמדינת ישראל כאחד.

3. התחייבות המבטח

- בקורות מקרה הביטוח במהלך תקופת הביטוח לאחר תום תקופת האכשרה, ישפה המבטח את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות להלן שהוצאו בפועל, או ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם כמפורט להלן בגין ההוצאות המפורטות להלן בגין ההשתלה או הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל, בכפוף לתקרות הסכומים המפורטות להלן:
- 3.1. השתלה באמצעות נותני שירות שבהסכם - בוצעה ההשתלה באמצעות נותן שירות שבהסכם בבית חולים מוסכם, יעביר המבטח את מלוא התשלום בגין הוצאות ההשתלה כמפורט בסעיף 3.4 להלן ישירות לנותן השירות, והכל כאמור באותו סעיף.
- השתלה באמצעות נותן שירות אחר - בוצעה ההשתלה בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים שבהסכם השירות ו/או על ידי צוות שאינו בהסכם השירות, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות ההשתלה המפורטות בסעיף 3.4 להלן, אך לא יותר מהסכום שמשלם המבטח באותה עת לנותן שירות שבהסכם בגין אותו שירות ועד תקרה מירבית בסך 4,140,000 ₪, למעט במקרה של השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל, במקרה זה תהא תקרת הסכום עד 1,035,000 ₪.
- 3.2. לטיפול מיוחד בחו"ל - הסכום המירבי לשיפוי בגין כל הטיפולים המיוחדים הינו עד 776,100 ₪.
- 3.3. **מובהר שמקרה חוזר של השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל, אשר יידרשו בעקבות אי-הצלחה מלאה או חלקית של השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה ביטוח אחד.**
- 3.4. השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל יכללו את ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:
- 3.4.1. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנוקק לה המבוטח לפני ביצוע ההשתלה ולרבות כיסוי עלות הטיפוס הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה - עד תקרת סכום של 207,000 ₪.
- 3.4.2. הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרישי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

- 3.4.3. שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה.
- 3.4.4. בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז.
- 3.4.5. שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז.
- 3.4.6. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.
- 3.4.7. הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 90 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 365 ימים לאחר ביצועם.
- 3.4.8. הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם - עד 210,000 ₪ ועד 10,350 ₪ נוספים בגין הוצאות נסיעה ורישום במאגרים.
- 3.4.9. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- 3.4.10. כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם - עד 1,035,000 ₪.
- 3.4.11. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור ממחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד 26,000 ₪; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.4.12. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצוות רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד 103,500 ₪.
- 3.4.13. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד, במקרה של מבוטח קטין - ולשני מלווים, וזאת עד 1,035 ₪ ליום ועד 207,000 ₪ בסך הכל.
- 3.4.14. תשלום מלא עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.15. כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, כמפורט לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל. על אף האמור לעיל, היה הוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 15% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה.
- 3.4.16. הוצאות לטיפול המשך בארץ הנדרשים למבוטח כתוצאה מהשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, המכוסה על פי הסכם זה ואשר בוצעה בחו"ל, עד תקרת הסכום עד 103,500 ₪ לטיפול המיוחד ועד 200,000 ₪ להשתלה.
- 3.5. המבוטח זכאי לקבל את הכיסוי בגין הטיפול הרפואי המיוחד באמצעות הבאתו של רופא מומחה לישראל, ובלבד שהעלות לא תעלה על גובה כל ההוצאות הנזכרות בסעיף 3.4 דלעיל בחו"ל.
- 3.6. **מסלול פיצוי להשתלות**
- מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 259,000 ₪, ובלבד שימציא אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך

בביצוע השתלה, למעט השתלה עצמית וקרנית. מובהר כי כיסוי על פי סעיף זה הינו חלופי לכיסוי על פי סעיפים 3.1-3.5 לעיל, ומבטח שמימש את זכאותו לפיצוי על פי סעיף קטן זה לא יהא זכאי לשיפוי כלשהו בהתאם לסעיפים 3.1-3.5 לעיל וכן לפיצוי כמפורט בסעיף 3.7 לעיל (גם אם ההשתלה בוצעה בפועל בישראל).

3.7. פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה בחו"ל ללא השתתפות המבטח: ביצע המבטח השתלה כהגדרתה לעיל בחו"ל בעת היותו מבטח בהסכם זה, למעט השתלה עצמית ו/או קרנית ללא השתתפות המבטח בתשלום כלשהו בגינה, יהיה זכאי המבטח לפיצוי חד פעמי בסך 259,000 ₪ בתנאי שרופא מומחה בתחום הרלוונטי בישראל אישר, כי המבטח עבר השתלה בחו"ל בתוך תקופת הביטוח. מובהר כי כיסוי על פי סעיף זה הינו חלופי לכיסוי על פי סעיפים 3.1 - 3.5 לעיל, ומבטח שמימש את זכאותו לפיצוי על פי סעיף קטן זה לא יהא זכאי לשיפוי כלשהו בהתאם לסעיפים 3.1-3.5 לעיל וכן לפיצוי כמפורט בסעיף 3.6 לעיל.

3.8. גמלת החלמה לאחר השתלה

עבר המבטח השתלה המכוסה על פי הוראות פרק זה בין אם בארץ למעט קרנית ו/או השתלה עצמית, ישלם המבטח למבטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבטח על פי פרק זה, תשלום חודשי בסך 5,175 ₪ לחודש החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים.

נפטר המבטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגימלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטח במימון ההשתלה.

למען הסר ספק, מבטח שביצע השתלה בארץ יהיה זכאי לגמלת החלמה על פי סעיף זה.

3.9. מבטח 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, מבטח כאמור, אשר שווה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל בגין התקופה בה היה מאושפז.

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

פרק ב': תרופות שאינן בסל הבריאות

1. הגדרות

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בפרק המבוא לנספח זה, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן. מובהר כי ככל שקיימת סתירה בין ההגדרות הקבועות בפרק המבוא לבין ההגדרות המפורטות להלן יחולו ההגדרות המפורטות להלן:

- 1.1. **בית חולים** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כבית חולים כללי.
- 1.2. **בית-מרקחת** - מקום המורשה על-פי החוק בישראל למכור ולשווק תרופות לציבור (להלן: "נותן השירות").
- 1.3. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
- 1.4. **מרשם** - מסמך רפואי החתום על-ידי רופא בית חולים או על ידי רופא מומחה בתחום הרלבנטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר בתחילת הטיפול וכל 3 חודשים במהלך הטיפול את הצורך בטיפול תרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. מרשם על-פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.5. **רופא בית חולים** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלבנטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה (לא כולל רופא בתקופת סטאז').
- 1.6. **רופא מומחה** - רופא, שהוסמך על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.7. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי אשר נועד לטיפול במצב רפואי, לאבחון מצב רפואי מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או למניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.8. **המדינות המוכרות** ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, יפן וא/אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האירופי (EMA).
- 1.9. **רשימת התרופות** רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל המאושרות לרבות תרופות **המאושרות** באופן פרטי או כוללני לשימוש, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.10. **פרסום רשמי** - אחד מהבאים:
 - (1) פרסומי ה-FDA
 - (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
 - (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
 - (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa
 - ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa
 - (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - א. NCCN
 - ב. ASCO

2. מקרה הביטוח:

2.1. מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי, עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו לעיל, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו או תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, לאינדיקציה (התוויה) רפואית שונה מזו שבגינה נדרשת התרופה למבוטח ובתנאי כי התרופה מותרת לשימוש במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כלשהיא בלפחות אחת המדינות המוכרות ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.

2.2. מובהר כי אישור מכוח סעיף 29/ג לפקודת הרוקחים (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לתרופות הנדרשות לטיפול בסרטן.

2.3. תרופת יתום אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") תהווה אף היא תרופה המכוסה על פי תנאי פוליסה זו.

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

3. התחייבות המבטח:

המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח, עפ"י בחירתו ושיקול דעתו של המבטח, עד תקרת סכום השיפוי המרבי כמפורט להלן, וכמפורט להלן:

3.1. המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה ויציג מרשם החתום ע"י רופא מומחה או רופא בית החולים בתחילת הטיפול ומדי 3 חודשים במהלך הטיפול.

3.2. השיפוי המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח על פי פרק זה יהיה עד 2,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח עבור תרופות המכוסות עפ"י סעיף 2.1 ועד 200,000 ₪ לכל תקופת הביטוח עבור תרופות המכוסות עפ"י סעיפים 2.2 - 2.3 יובהר כי לפי סעיף זה, תגמולי הביטוח יתחדשו בתום שנת הביטוח השלישית.

3.3. המבטח ישפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בסכום שלא על 207 ₪ בגין כל יום שבו ניטלת התרופה, למשך תקופה שלא תעלה על 60 יום.

3.4. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי מאושר על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל, ייקבע סכום השיפוי לגביה על-פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד, על-פי שער הדולר (ארה"ב). אם לתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום השיפוי לפי המחיר המאושר לאותה תרופה באנגליה על-פי שער הדולר (ארה"ב).

4. השתתפות עצמית

המבוטח יישא בהשתתפות עצמית למרשם בסך 207 ₪ ועד לסכום שלא יעלה על 414 ₪ בגין כל המרשמים בחודש עבור כל תרופה המכוסה על פי הסכם זה לכל תקופה של עד חודש טיפול.

5. חריגים מיוחדים לפרק זה

בנוסף לחריגים הכלליים הקבועים בהסכם, אשר יחולו במלואם על פרק זה בשינויים המחויבים, המבוטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פרק זה בגין מקרה ביטוח שאירע עקב או בגין אחד או יותר מן האירועים הנקובים בסעיפים שלהלן:

- 5.1 תרופה ניסיונית או תרופה לטיפול במסגרת רפואה אלטרנטיבית.
 - 5.2 התרופה נדרשת לטיפול בסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או אין אונות ו/או פוריות ו/או עקרות.
 - 5.3 טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון. למען הסר ספק, מובהר כי תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים (להלן: "תוספי מזון") שהצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה, בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח, לא יכללו במסגרת החריגים לפרק זה.
 - 5.4 תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
 - 5.5 תרופה לטיפול בבעיות שיניים ו/או חניכיים.
 - 5.6 גמילה מעישון.
 - 5.7 טיפול תרופתי מניעתי ל-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.
6. המבוטח לא ישלם תגמולי ביטוח על פי הסכם זה בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח ושב למדינת ישראל, יוכיח את זכאותו לתגמולי ביטוח על פי הסכם זה, ישלם לו המבוטח כמוסכם על פי תנאי הסכם זה.
- למען הסר ספק יובהר כי פוליסה זו אינה פוליסת נסיעות לחו"ל.

רובד הרחבה

פרק ג': שירותים אמבולטוריים

1. בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בפרק המבוא לנספח זה, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן. מובהר כי ככל שקיימת סתירה בין ההגדרות הקבועות בפרק המבוא לבין ההגדרות המפורטות להלן יחולו ההגדרות המפורטות להלן:

1.1. **"בדיקות רפואיות אבחנתיות"** - בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S). אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I). בדיקת PET וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו.

1.2. **"בדיקות ושירותים להריון"** -

1.2.1. סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, קנוון.

1.2.2. חלבון עוברי.

1.2.3. שקיפות עורפית.

1.2.4. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.

1.2.5. סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר.

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

1.2.7. בדיקת סיסי שליה לנשים.

1.2.8. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.

2. **מקרה הביטוח** - הזדקקות המבוטח לשירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, שיינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים אלא כשירות אמבולטורי במהלך תקופת הביטוח.

3. **תנאים מוקדמים התחייבות המבטח**

קביעת הצורך בבדיקות רפואיות אבחנתיות וההפניה אליהן תיעשה על ידי רופא מומחה.

4. **התחייבות המבטח**

המבטח ישפה את המבוטח בגין הטיפולים, ההתייעצויות והבדיקות המפורטות להלן, עד לתקרות המפורטות להלן ובניכוי דמי ההשתתפות העצמית כמפורט להלן, יובהר כי בפרק זה, תגמולי הביטוח יתחדשו בתום שנת הביטוח השלישית.

4.1. **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח**

התייעצות רפואית עם רופא מומחה לאבחון ו/או טיפול בגין מחלה אשר בתחום מומחיותו. **למען הסר ספק, התייעצות רפואית עם רופא מומחה לא תכלול את רופא המשפחה ו/או רופא הילדים המטפל במבוטח ו/או מעקב היריון.**

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 85% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין התייעצות, ועד 1,245 ש"ח לכל התייעצות ולא יותר מ-2 התייעצויות בכל שנת ביטוח לכל מבוטח.

4.2. **בדיקות הריון**

המבטח ישלם למבוטח 85% מהסכומים שהמבוטח שילם בפועל תמורת בדיקות הריון כמוגדר בסעיפים 1.2.1 עד 1.2.8, עד 3,105 ש"ח לכל הבדיקות למבוטחת להריון אחד. במקרה של הריון מרובה ילדים, עד 4,140 ש"ח להריון עבור כל הבדיקות.

4.3. טיפולי הפריה חוץ גופית

המבטח ישלם למבוטח 85% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי הפריה חוץ גופית (IVF), בתנאי שהטיפול יבוצע על פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריה בישראל, וזאת עד 14,500 ₪ לכל סדרת טיפולים. יכוסו עד שתי סדרות טיפולים לילד ועד שני ילדים.

4.4. טיפולי הפריה חוץ גופית לפונדקאית שנותנת שירותי פונדקאות למבוטח/ת

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין 75% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי הפריה חוץ גופית לפונדקאית שנותנת שירותי פונדקאות למבוטח/ת, וזאת עד 26,000 ₪ לכל סדרת טיפולים לילד. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים.

4.5. טיפולים אונקולוגיים

המבטח ישלם למבוטח ישירות או לנותן השרות את ההוצאות שיוציא המבוטח בפועל עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, עד 103,500 ₪, הנמוך ביניהם. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.

4.6. שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב-amblyopia

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפול לשיקום כושר הדיבור, או הראיה, בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה וזאת לא יותר מ- 155 ₪ לטיפול, ועד 12 טיפולים בתקופת הביטוח.

4.7. מנוי לשירותי משדר קרדילוגי:

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל עבור מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, וזאת בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או שאובחן בו צורך בניתוח לב, או שהוא זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה מיד לאחר אוטם שריר הלב בו לקה, וזאת עד 50% מההוצאות בפועל ולא יותר מ- 155 ₪ לחודש ועד ל-18 חודשים.

4.8. התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב:

המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 50% מההוצאות בפועל, עד 130 ₪ לחודש ועד 9 חודשים.

4.9. אביזרים רפואיים

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות בהן נשא בפועל עבור: פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, סד גבס קל, משאבת אינסולין - עד 1,035 ₪ לאביזר לכל תקופת הביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%.

4.10. טיפולי פיזיותרפיה אמבולטוריים -

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולים פיזיותרפיים עד 10 טיפולים לשנת ביטוח ולא יותר 160 ₪ לטיפול, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% לטיפול.

4.11. בדיקות רפואיות אבחנתיות

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 85% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקות כהגדרתן בסעיף 1.1 לעיל ועד 5,175 ₪ למבוטח בשנה.

4.12. טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל עבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-3,625 ₪ לכל תקופת הביטוח, ובתנאי שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב.

4.13. כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח בגין 80% מההוצאות שהוציא בפועל בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, אך לא יותר מ-4,660 ₪ לחוות דעת שנייה בחו"ל ולמקרה ביטוח.

4.14. כיסוי לחוות דעת לבדיקה פתולוגית-

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לא הוא נידרש, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מ-4,660 ₪ הנמוך מביניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על ידי רופא מומחה בתחום.

4.15. כיסוי לטיפול בחדר מלח-

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל עבור טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, עד 12 טיפולים לשנת ביטוח למבוטח ועד 125 ₪ לטיפול. הטיפול יאושר בכפוף להנחית רופא מומחה הממליץ על הצורך בקבלת הטיפול. השיפוי יינתן עד ל-80% מההוצאות בפועל בגין כל טיפול.

4.16. פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח -

מבוטח אשר יאושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על ידי המבטח בפיצוי יומי החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 21 יום ועד 520 ₪ ליום.

4.17. בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון -

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח עבור גילוי נשאות גנים סרטיניים, עד ל-85% מההוצאות שהוציא בפועל ועד 4,140 ₪ לכל תקופת הביטוח, בכפוף להצגת הפנייה של רופא מומחה בכתב לביצוע הבדיקה/האבחון.

4.18. אחות פרטית -

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אחות פרטית, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מ-675 ₪ לכל יום ועד 14 ימים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 85% מההוצאה.

4.19. טיפול בפצעים פתוחים -

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת, ולא יותר מ-10,350 ₪ למקרה ביטוח.

4.20. טיפול חירום בשיניים

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפול לעזרה ראשונה ושיכון כאבים במקרה של כאבי שיניים המחייב טיפול מתוך רשימת הטיפולים ובלבד שהמבוטח לא זומן לטיפול מראש:

- עצב מודלק.
- ניקוז מורסה משן נגועה.

- מתן מרשם מתאים לשיכוך כאב, במידה שלא ניתן לטפל בשן מיידית.
 - פפליטוס עקב דחיסת מזון.
 - דלקת חניכיים חריפה עם כאבים.
 - פריקורוניטיס.
 - הורדת נקודת לחץ של תותבת.
- לכל אחד מטיפולי החירום - יינתן החזר עד 105 ₪. בגין טיפולי חירום שינתנו לאחר השעה 21.00 או בשבתות ובחגים - החזר עד 200 ₪. והכל עד ל-5 טיפולי חירום בכל שנת ביטוח.

פרק ד': כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הגדרה:

"ניתוח" - פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או אבחון ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמן כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח, למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה מגנטית גרעינית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי ייחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד.

ההגדרה של ניתוח (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

2. **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבטח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, ב. רופא מטעם המבטח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול, ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בארץ או בחו"ל והטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בחו"ל.

3. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ביצוע ניתוח בחו"ל במהלך תקופת הביטוח ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעתו של המבטח לחו"ל.
למען הסר ספק מובהר כי השתלה לא תיחשב לניתוח.

4. הכיסוי הביטוחי

בוצע במבטח ניתוח המכוסה על פי הסכם זה בחו"ל, ישפה המבטח את המבטח בגין כל ההוצאות הקשורות לניתוח כמפורט בסעיף 3 להלן על כל סעיפי המשנה שבו, כמפורט להלן:

4.1. בוצע במבטח ניתוח בחו"ל, אשר ביצעו אושר ותואם בכתב מראש על ידי המבטח, ישפה המבטח את נותן השירות באורח מלא וישיר.

4.2. בוצע הניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו בחו"ל, אולם ביצעו לא תואם מראש על-ידי המבטח, ישפה המבטח את המבטח בעבור ההוצאות כמפורט בסעיף 3 להלן בהיקף של עד 200% מתקרת ההוצאות שהיו משולמות על-ידי המבטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל ע"י נותני שירות שבהסכם עם המבטח, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבטח.

5. להלן פירוט ההוצאות:

5.1. שכר מנתח.

5.2. עלויות חדר ניתוח וצוות מנתח.

- 5.3. אשפוז הכולל שהייה בחדר בן 2-3 מיטות למשך עד 30 יום.
- 5.4. טיפולי פיזיותרפיה הנדרשים בקשר ישיר עם הטיפול הרפואי המבוצעים במהלך האשפוז.
- 5.5. טיפול תרופתי במהלך האשפוז.
- 5.6. בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז.
- 5.7. שתל עד תקרת כיסוי בגובה 51,750 ש"ח.
- 5.8. **הטסה רפואית** - יכוסו עלויות הטסה רפואית (לרבות הטסת רופא מלווה, אם נדרש) למבטח אשר מצבו הרפואי, על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מחייב הטסה רפואית, בכפוף לתיאום ההטסה על ידי החברה, ועד 60,000 ש"ח. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבטח, 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.
- 5.9. **הטסת גופה** - החברה תכסה 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.
- 5.10. במקרה של ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 8 ימים רצופים, יכוסו גם ההוצאות הבאות:
- 5.10.1. **הוצאות שהייה** - יכוסו הוצאות שהייה למבטח ומלווה עד תקרה יומית של 1,035 ש"ח ועד 30 ימים בסך הכל.
- 5.10.2. **הוצאות טיסה** - יכוסו הוצאות בגין טיסה סדירה במחלקת תיירים, לארץ הטיפול ובחזרה ממנה, לצורך ביצוע הטיפול הרפואי, למבטח ומלווה אחד (שני מלווים במקרה של מבטח קטין).
- 5.10.3. **הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל**
מבטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, או שהחברה קבעה לבקשת המבטח, 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.
- 5.10.4. **פיצוי חד פעמי - בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח**
נפטר חו"ח המבטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה ע"פ פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) כתוצאה ישירה מהניתוח האמור, תשלם החברה ליורשו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצוי חד פעמי בגובה 200,000 ש"ח.
6. **טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח**
- 6.1. בקרת מקרה הביטוח יהיה המבטח זכאי לבצע טיפול חלופי בחו"ל בכפוף לקיומם של התנאים המצטברים הבאים:
- רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי קבע את הצורך בביצוע הניתוח.
 - המבטח זכאי לכיסוי בגין הניתוח על פי תנאי הסכם זה.
 - רופא מומחה בתחום הרלוונטי המליץ על ביצוע הטיפול החלופי במקום הניתוח.
- 6.2. השיפוי בגין הטיפול החלופי הינו בגין ההוצאות הרפואיות עבור ביצוע הטיפול החלופי כמפורט להלן, ועד תקרת הסכום שהיה משולם על ידי המבטח בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול לו היה מבוצע אצל ספקי שירות שבהסכם עם המבטח או עד 103,500 ש"ח, לפי הנמוך ביניהם.

- בנוסף לחריגים הכלליים הקבועים בהסכם ולחריגים הקבועים בפרק הניתוחים כולל החריגים בגין כיסוי טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח, אשר יחולו במלואם על פרק זה בשינויים המחויבים, המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פרק זה בגין מקרה ביטוח שאירע עקב או בגין אחד או יותר מן האירועים הנקובים בסעיפים שלהלן:
- 7.1. מקרה ביטוח שארע למבטח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.
- 7.2. טיפולי פיזיותרפיה ו/או טיפולים כימותרפיים לא ייחשבו טיפול מחליף ניתוח.

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 - חדירנית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4. **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5. **בית חולים פרטי** - 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 המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9. **תקופת אכשרה** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10. **הסדר ניתוח** - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

2. **מקרה הביטוח:**

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

3. **הכיסוי הביטוחי:**

בקורת 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 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 החדר 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 למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח 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 לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 13 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 מבטוח אשר בחר להיות מבטוח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים בתמורה לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 7 לפוליסה זו

1. הגדרות:

- 1.1 **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.2 **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3 **"ניתוח"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: פעולה פולשנית - חדירנית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבטוח, 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 איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבטוח 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 המבטוח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבטוח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטוח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטוח.

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:

בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלאו העלות של מקרים אלה בלבד:

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

3.2. שכר מנתח.

3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות 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 נותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. תגמולי ביטוח:

הסדר ניתוח - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלאו 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 מלאו 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 המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

4.1. בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלאו 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 המבטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

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

5. ברות ביטוח:

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

6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

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

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

6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

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

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

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

- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, 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 לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 13 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאין לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

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': כתב שירות - "רופא מלווה אישי"

אם צוין בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה הינו בתוקף, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן.
כתב שירות זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה לה צורף.

השירות

רופא מלווה אישי מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למנוי המתמודד עם מצב רפואי או מחלה על פי המוגדר להלן יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו אותו ואת בני משפחתו בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות משלב האבחנה ובמשך הטיפול הרפואי וההחלמה למשך 3 חודשים וכל זאת בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות להלן.

א. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בציודם:

1. **"החברה"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
2. **"מנוי"** - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
3. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות.
4. **"דמי מנוי"** - הסכומים המשולמים מדי חודש כתנאי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.
5. **"ילד"** - ילד/ה עד גיל 21 אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי/ה.
6. **"הספק"** - הגוף עמו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.
7. **"רופא"** - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.
8. **"רופא מומחה"** - רופא בעל תעודת תואר מומחה אשר הוצא על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל.
9. **"ממין ראשי"** - אחראי על אישור זכאות המנוי לשירות, על פי מצבים רפואיים כמפורט בכתב השירות.
10. **"מנהל רפואי אישי"** - רופא בעל תואר מומחה ברפואה פנימית עמו התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
11. **"אחות"** - אחות שהוסמכה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
12. **"עובד/ת סוציאלי/ת"** - עו"ס שהוסמך/ה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן שירותים המפורטים בכתב שירות זה.
13. **"מתאם/ת שירות"** - אדם שעבר הכשרה מתאימה לתפקיד מתאם/ת שירות. מתאם/ת השירות מקיים/ת את התקשורת השוטפת עם המנוי בכל הקשור לשירות כמפורט בכתב שירות זה.
14. **"מצב רפואי"** - מערכת נסיבות רפואיות הקיימת בגוף המנוי, עקב מחלה או תאונה.
15. **"מקרה רפואי"** - מצב רפואי המתואר בכתב שירות זה אשר קיומו מקנה למנוי זכות למימוש השירות כמתואר ומפורט בכתב שירות זה.
16. **"ליווי רפואי"** - בדיקת שלמות תהליך הטיפול הרפואי למנוי.

17. **"אבחנה"** - מסקנה סופית של רופא המתייחסת למצב רפואי מסוים, המוסקת לאחר לקיחת אנמנזה (פרטים שמסר המנוי על מצבו הרפואי), היסטוריה רפואית, בדיקה רפואית, ובדיקות נוספות במידת הצורך.
18. **"מצב רפואי כרוני"** - מצב רפואי שאינו ניתן לריפוי, אשר תסמיניו מופיעים ומתפתחים על פני תקופה של 90 יום לפחות.
19. **"מצב רפואי חריף"** - מצב רפואי בעל תסמינים המופיעים באופן פתאומי, במהירות ובעוצמה.
20. **"תקופת שירות"** - על פי צורך רפואי ועד 90 יום רצופים מיום פתיחת קריאה של שירות ותשלום דמי ההשתתפות העצמית כמפורט בפרקי השירות השונים.
21. **"מוקד השירות"** - שירות טלפוני שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.
- מספר הטלפון של מוקד השירות של הספק עבור מנויי הראל הוא: 5226 ***
22. **"המועד הקובע"** - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
23. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי מהמועד הקובע ותסתיים בתום 90 יום. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורך לכתב שירות מחדש, בתקופות שירות בלתי רצופות. הספק לא יספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה.
24. **"השתתפות עצמית"** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים עפ"י כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק לפי קביעת הספק ובשום מקרה ואופן לא באמצעות החברה.
25. **"מקרה רפואי דחוף"** - שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי המחייב פנוי למיון ו/או אשפוז.
26. **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח.

ב. היקף השירותים:

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

השירות כולל:

1. מינוי רופא מומחה אשר ישמש כמנהל רפואי אישי. המנהל הרפואי האישי יפעיל צוות פרא-רפואי הכולל אחות ועובדת סוציאלית על פי שיקול דעתו.
2. ריכוז וסקירת התיק הרפואי (Intake) כולל הערכה ראשונה של המקרה הרפואי על ידי המנהל הרפואי האישי.
3. פגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי. פגישות אישיות נוספות ייקבעו בהתאם לצורך רפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות לא יעלה על 4 פגישות אלא אם קיים צורך רפואי מהותי אשר מצדיק פגישות נוספות.
4. הפניית התיק הרפואי להתייעצות נוספת על פי צורך ובהחלטת המנהל הרפואי האישי לרופא מומחה בתחום הרלוונטי בארץ או בהעדר ידע או ניסיון מספק בארץ, למומחה בתחום במדינה אחרת בעולם.
5. מתן מידע אובייקטיבי במהלך הפגישות כאמור התומך בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות ואשר יצוין בדו"ח הרפואי המסכם כמפורט בסעיף 12 להלן.
6. המלצה לפניה לגורמים רפואיים ופרא רפואיים מתאימים להמשך ייעוץ/טיפול. יובהר כי התשלום בגין ייעוץ/טיפול שהמנוי הופנה אליו על ידי הספק כאמור לעיל, הינו על חשבון המנוי.

7. שיחות טלפוניות לתיאום עם הגורמים הרפואיים המטפלים במנוי.
 8. ליווי למקרה רפואי על ידי מתאם/ת השירות ו/או הצוות הרפואי והפרא-רפואי.
 9. ייעוץ למנוי במהלך אשפוז ו/או אחריו כולל ביקור באשפוז ו/או ביקור בית לאחר טיפול פולשני/ניתוח על פי צורך ובהתאם לשיקול דעתו הבלעדי של המנהל הרפואי האישי.
 10. ליווי וייעוץ על ידי אחות בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם האחיות לא יעלה על 4 פגישות.
 11. ליווי על ידי עובדת/ת סוציאלית/ת בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם עובדת סוציאלית לא יעלה על 4 פגישות.
 12. סיכום כל המסמכים הרפואיים לידי דו"ח רפואי מסכם על ידי המנהל הרפואי האישי, הכולל המלצות להמשך טיפול ומעקבים רפואיים, תוך 7 ימים ממועד סיום תקופת השירות בגין המקרה הרפואי.
 13. מוקד שירות טלפוני באמצעותו תיפתח קריאת שירות למנויים ובדיקת השתייכותם לכתב השירות וכן טיפול שוטף בפניות המטופלים. המוקד יפעל 24/7 למקרים דחופים הכוללים קבלת הזדעקות על שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי ובכלל זה פינוי המנוי לבית חולים ו/או אשפוז.
- עבור כל מקרה רפואי לניהול יישלם המנוי השתתפות עצמית של 380 ₪. המנוי יהיה זכאי לקבל שירותים כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שתקבע עפ"י הצורך הרפואי ושלא תעלה על 90 יום מיום אישור הזכאות על ידי הממין הראשי כמפורט בפרק ג' להלן. ניתן יהיה להאריך את תקופת השירות האמורה, באישור המנהל הרפואי האישי ובכפוף לאישור הספק במקרים בהם קיים צורך רפואי המחייב הארכה של התקופה. הארכת התקופה תיחשב כארכה של אותו מקרה רפואי והמנוי יחויב בדמי השתתפות נוספים בתאום עם המנוי.
- בכל מקרה, המנוי לא יהיה זכאי לקבל שירות לפי כתב שירות זה ליותר מאשר מקרה רפואי אחד במהלך שנת ביטוח. אם במהלך תקופת השירות התגלה מקרה רפואי נוסף ו/או סיבוך של המקרה הרפואי הקיים, ייחשב המקרה כמקרה רפואי אחד.
- יובהר כי בכל מקרה הספק ו/או החברה אינם מחויבים בהתאם לכתב שירות זה להעניק למנוי כל שירות רפואי בפועל או מימון של שירות רפואי כאמור, בין אם זה נדרש או הומלץ על ידי המנהל הרפואי האישי ובין אם לאו, למעט השירותים המפורטים בסעיף זה לעיל.

ג. אופן קבלת השירותים:

1. יובהר כי התנאים המוקדמים לקבלת השירותים הנם כי ברשות המנוי פוליסת בריאות תקפה של החברה, תמה תקופת האכשרה בכתב השירות, המנוי לא קיבל שירות בשנת הביטוח בה הוא מבקש את השירות, הספק אישר שהמקרה הרפואי נכלל בכתב שירות זה ובוצע בתשלום דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי.
 2. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות למוקד השירות של הספק.
 3. נזקק מנוי לשירות על פי כתב שירות זה, יפנה, הוא או נציגו, טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו או ימסור את שם המנוי, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו ופרטים נוספים ככל שיתבקש.
- בהתאם להנחיית נציג השירות יעביר המנוי את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה הרפואי וככל שיש כאלה כמפורט להלן: סיכומי אשפוזים, תוצאות ופיענוחים של בדיקות, סיכומי מחלה, ייעוצים רפואיים, טיפולים, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, תשובות פתולוגיות ו/או כל מסמך רפואי אחר. **קבלת מסמכים אלו הנה תנאי מוקדם למתן השירות כמפורט בכתב שירות זה.** כמו כן, רשאי המנהל הרפואי האישי לבקש מהמנוי מעת לעת העתקי מסמכים רפואיים נוספים.

4. הממין הראשי יאשר את המקרה הרפואי על פי כתב השירות בהסתמך על המסמכים הרפואיים שהתקבלו מהמנוי ויצוות למנוי מנהל רפואי אישי ומתאמת שירות.
5. הודעה על אישור/אי אישור הזכאות לשירות תימסר למנוי לא יאוחר מ-3 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה ע"י הספק.
6. רק לאחר אישור הזכאות לשירות, יבוצע חיוב בפועל של דמי ההשתתפות העצמית.
7. **על המנוי לשלם השתתפות עצמית לצורך קבלת השירות.**
8. משך השירות - בגין מקרה רפואי שאושר, יהיה זכאי המנוי לשירות כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שלא תעלה על 90 יום מיום אישור המקרה על ידי הממין הראשי. קבע המנהל הרפואי האישי כי קיים צורך רפואי להאריך את השירות לתקופה נוספת של 90 יום, יתאפשר הדבר בכפוף לאישור הספק **ובתשלום נוסף וזהה** של השתתפות עצמית.
9. מוקד השירות יהיה פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ערב יום הכיפורים החל מהשעה 14:00 ועד חלוף שעתיים משעת סיום צום יום הכיפורים.
10. לפגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי יגיע המנוי למקום בכוחות עצמו ועל חשבונו.
11. הספק מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף ג' על תת סעיפו לעיל.
12. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד - למעט יהודה, שומרון וחבל עזה.
13. **על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.**

ד. זכאות לקבלת השירותים

מנוי יהיה זכאי לקבל שירות זה באם הינו עומד באחד מהקריטריונים הבאים:

1. מקרה רפואי ללא אבחנה:

מצב רפואי ללא אבחנה, אשר תהליך הבירור והייעוץ הרפואי במטרה להגיע לאבחנה רפואית החל לפחות 90 יום לפני הפנייה לשירות. על תהליך הבירור לכלול ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית ולפחות בדיקה אחת רלוונטית מתוך הרשימה להלן: בדיקת הדמיה (בדיקות כגון CT, MRI וכדומה ולא רק צילום רנטגן רגיל), ו/או בדיקות פולשניות, ו/או בדיקות מעבדה מורכבות (לא כולל בדיקת דם, צואה ושתן שגרתיות) ו/או בדיקות עזר נוספות. מצבים רפואיים ללא אבחנה אשר תסמיני המחלה אינם ספציפיים (דוגמת עייפות וכאבי שרירים כלליים) וסימני המחלה אינם באים לידי ביטוי בבדיקות הדם ו/או בבדיקות ההדמיה ולאחר שהספק ווידא שהמנוי ביצע את כל הבדיקות שהיה צריך לבצע בנסיבות המצב הרפואי, לא יטופל במסגרת כתב שירות זה

למען הסר ספק יובהר כי במקרה זה החברה ו/או הספק אינם מתחייבים להגיע בסופו של התהליך לאבחנה רפואית ברורה או סופית.

2. מקרה רפואי עם אבחנה באחת מן הקטגוריות הרפואיות הבאות:

המנוי יהיה זכאי לקבל שירות אם הינו עונה על הגדרת המחלות שלהלן ועל פי התנאים המוקדמים המצוינים לצד אותה מחלה, אם צוינו:

2.1. סרטן (Cancer) -

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

2.1.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

- א. מחלות עור מסוג: Basal Cell Carcinoma, Hyperkeratosis למעט BCC חוזר או התפשט לאיברים אחרים.
- ב. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת AIDS.

2.2. מחלות כבד חריפות או כרוניות-

2.2.1. קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על הכבד וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה או התפקוד). מחלת כבד אשר בגינה יינתן שירות במסגרת כתב שירות זה יכולה להיות בעלת אופי חריף או כרוני.

2.2.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלת כבד כתוצאה מאלכוהוליזם

ב. אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)

שמשמעותה אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או התלקחות של מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי הכבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות והמאופיינות על ידי כל הסימנים הבאים: הקטנה של נפח הכבד, נמק ממושט בכבד, המותיר רק שת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה, ירידה חדשה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7, צהבת - מעמיקה, אנצפלופטיה כבדית, דימום בלתי נשלט.

2.3. מחלות כליות-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים אשר משפיעים על הכליה וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה או התפקוד). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת כליות בעלת אופי כרוני בלבד.

2.4. מחלות גסטרו-אנטרולוגיות כרוניות-

קבוצת מצבי תחלואה כרוניים המשפיעים על התפקוד של מערכת העיכול. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות לתחלואה המערבת את הקיבה, המעי והאיברים הנלווים כולל וושט, כבד, כיס מרה ולבלב, מחלה גסטרו-אנטרולוגית אשר הינה בעלת אופי כרוני בלבד.

על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.5. מחלות לב ומחלות ווסקולאריות כרוניות-

מחלות לב וכלי דם כרוניות הפוגעות במערכת הלב (מחלות לב, מחלות לב כליליות), כלי הדם, כולל עורקים, ורידים וכלים לימפאטיים. המנוי יהיה זכאי לשירות כמפורט בכתב שירות זה לאחר בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

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

2.6. מחלות נוירולוגיות ופרוצדורות פולשניות של מערכת העצבים המרכזית וההיקפית-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת העצבים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה, ההולכה החשמלית או התפקוד).

במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה נוירולוגית בעלת אופי חריף או כרוני ובתנאי שהנה בעלת אופי הפוגע בתפקוד בדרגה בינונית וחמורה לפי NRC 2 ומעלה או EDSS 3 ומעלה במקרה של טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis).

הפרוצדורות הפולשניות כוללות:

א. ניתוחי עמוד שדרה כולל טיפול בגידולים של חוט השדרה, פריצות דיסק בעמוד השדרה, ייצוב עמוד שדרה וטיפול בהיצריות בעמוד שדרה.

ב. רדיוכירורגיה: טיפול בגידולי מוח תוך קרינה ממוקדת.

ג. ניתוחי היפופיזה.

ד. ניתוחי מוח שפירים וניתוחי בסיס הגולגולת.

ה. טיפולים במומי כלי דם ומפרצות מוחיות, טיפולים כירורגיים, טיפולים אנדווסקולאריים, צנתורי מוח.

ו. ניתוחי אפילפסיה.

ז. נוירוכירורגיה אנדוסקופיה.

ח. ניתוחים לטיפול בפגיעות ראש ועמוד שדרה.

2.7 מחלות אורתופדיות-

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

2.7.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות אורתופדיות שהמנוי נמצא בטיפול באישפוז בגין פחות מ-21 יום, במועד הפניה לשירות.

ב. מצבים רפואיים בתחום האורתופדיה אשר הינם פועל יוצא מחבלה או טראומה וטרם עברו בעת הפניה לשירות לפחות 90 יום מהחבלה ו/או הטראומה.

2.8 ניתוחים כירורגיים (פולשניים) חוזרים עקב אי הצלחה בניתוח ראשון-

פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) חוזרת, עקב כישלון מלא או חלקי של הפעולה הראשונה, החוזרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון של פגם או עיוות אצל המנוי.

2.9 מחלות דם (מחלות המטולוגיות)-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על רמות ומרכיבי הדם השונים (התאי וההומורלי) וגורמים לפגיעה בו בצורות שונות. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת דם בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפניה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

2.10 מחלות ראומטולוגיות-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת הפרקים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (פרק, מפרק או תפקוד). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה ראומטולוגית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפניה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

2.11. מחלות מטבוליות-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים, תורשתיים וכרוניים, הנובעים מפגיעה בגן הבודד או במספר גנים קטן (Inborn Error of Metabolism) והגורמים לפגיעה ביכולת האנרגטית, או ביכולת הבניה ו/או הפירוק של אבני הבניין של התא, או פגיעה מיטוכונדריאלית.

2.12. מחלות אנדוקריניות-

2.12.1. קבוצת מצבי תחלואה שונים המעריבים איברים ובלוטות אשר אחראיים על ייצור, אגירה והפרשה של הורמונים המסייעים בשימור ושליטה על תפקודים חיוניים. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה אנדוקרינית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני.

על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

2.12.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. סוכרת.

ב. קומה נמוכה.

ג. מחלות אנדוקריניות המשפיעות על הפוריות בלבד.

2.13. מחלות ופרוצדורות פולשניות באף, אוזן וגרון (א.א.ג.) -

2.13.1. קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים וגורמים לפגיעה ברמות השונות של חלל האף והסינוסים, האוזניים, הפה, הלוע והגרון, אזורי ראש צוואר ובסיס הגולגולת.

ניתוחים ופרוצדורות להסרת גידולים שפירים וממאירים באזורי בסיס הגולגולת, הראש, הצוואר וקנה הנשימה, ניתוחים שחזוריים שאינם למטרות יופי ואסתטיקה, ניתוחי אוזניים, ניתוחי שחזור שמיעה, ניתוחים אנדוסקופיים של האף ומערות הפנים, ניתוחים אנדוסקופיים של הוושט העליון, ניתוחי מיתרי קול ושחזור הדיבור.

2.13.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. ניתוחי כפתורים באזניים.

ב. ניתוחי נחירות.

ג. ניתוחים למטרות יופי ואסתטיקה.

2.14. מחלות עור-

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

2.14.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. אקנה.

ב. פטרת עורית (חיצונית).

ג. נשירת שיער.

ד. מחלות מין.

2.15. מחלות בתחום הגניקולוגיה והמיילדות-

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

2.15.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

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

2.16. מחלות אימונולוגיות-

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

2.17. מחלות ריאה-

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

2.18. מחלות זיהומיות-

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

2.19. מחלות עיניים-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המצריכים פרוצדורות ניתוחיות חוזרות הגורמים לפגיעה במרכיבי העין השונים (כגון רשתית) ומשפיעים על תפקודי הראייה השונים (למשל, חדות וחדות ראייה). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלות עיניים בעלות אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.20. מחלות יתומות-

מחלות נדירות, המשפיעות על אחוז קטן מאוד מהאוכלוסייה ואשר אושרו על ידי ארגון הבריאות העולמי כמחלות יתומות (Orphan Diseases).

2.21. תחלואה משולבת-

תחלואה הנובעת משילוב של מספר מחלות אשר הטיפול בהן דורש גישה רב-תחומית (מולטידיסציפלינרית) עם תיאום בין לפחות שני רופאים מומחים בתחומי התמחות שונים.

2.22. מחלות ופרוצדורות בתחום רפואת הילדים-

2.22.1. בנוסף לכל האמור לעיל בקטגוריות הרפואיות השונות, בתחום של רפואת ילדים מקרה רפואי יכלול בנוסף את המצבים הרפואיים הבאים:

א. ניתוחים אלקטיביים. ניתוח אלקטיבי משמעותו שהצורך בו צפוי, ואשר קבלתו של המנוי לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח לא נעשה באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא בהפניה על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

ב. מחלות כרוניות בילדים.

ג. מחלות על רקע גנטי.

ד. מומים מולדים.

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

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

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

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

ט. אטופיק דרמטיטיס בדרגה בינונית ומעלה.

2.22.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות ריאה ילדים:

אסטמה, אלא אם מדובר במהלך מחלה לאחר ייעוץ על ידי שני רופאים מומחים למחלות ריאה לילדים, ללא איזון המחלה.

ב. מחלות גסטרואנטרולוגיות ילדים: מחלת כשל בשגשוג הילד (failure to thrive),

הפרעות אכילה (דוגמת בולימיה, אנורקסיה).

ג. הפרעות קשב וריכוז.

ד. ניתוח כפתורים באוזניים.

ה. ניתוחי בקע - Hernia.

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

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

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

2.23.2. מקרה רפואי אינו כולל כל אחד מאלה:

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

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

2.25. חריגים כלליים:

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

- 2.25.1. השתלת איברים בישראל או בחו"ל.
- 2.25.2. מצבים רפואיים ו/או פרוצדורות הקשורות בפוריות ו/או עקרות למעט מקרה רפואי
- 2.25.3. של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.
- 2.25.4. מחלות פסיכיאטריות במבוגרים ו/או מחלות נפש.
- 2.25.5. מצבים הקשורים באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה השמנת יתר, למעט ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד.
- 2.25.6. מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים ופה ולסת.
- 2.25.7. תוצאה ישירה ו/או עקיפה של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (Aids).
- 2.25.8. מחלת פיברומיאלגיה.
- 2.25.9. מחלת נירופתיות.
- 2.25.10. תסמונת עייפות כרונית.
- 2.25.11. עיוורון מוחלט ובלתי הפיך.
- 2.25.12. שבץ מוחי (CVA).
- 2.25.13. ורידים ודליות ברגליים.
- 2.25.14. כוויות קשות כשהמנוי נמצא באשפוז במסגרת מוסד רפואי.
- 2.25.15. אלרגיות.
- 2.25.16. חולים הנמצאים במהלך אשפוז של פחות מ-21 ימים רציפים.
- 2.25.17. כל מחלה שאינה מפורטת ברשימת המחלות שפורטו בסעיף ד' לעיל.

ה. אחריות

החברה והספק לא יהיו אחראים באופן כלשהו לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

1. הבדיקות, ההתייעצויות, הפרוצדורות והטיפולים הרפואיים אשר אליהם יופנו המנויים.
2. כל נזק, הפסד, אובדן, הוצאה או תוצאה אחרת, מכל מין ו/או סוג שהוא, לרבות שכ"ט עו"ד, שייגרמו לגוף או לרכוש של מאן דהוא, לרבות המנויים, בקשר עם התייעצויות, בדיקות, טיפולים, ופרוצדורות רפואיות אליהם הופנו מנויים, בין במישרין ובין בעקיפין, בגין מעשה או מחדל, לרבות רשלנות מקצועית או אחרת של נותני השירות שהפנה אליהם הספק ו/או כל נזק אחר שייגרם בשל מעשה או מחדל של נותני השירות אליו מופנים המנויים ע"י הספק או מי מטעמו.
3. הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.

ו. תוקפו של כתב השירות

1. תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
 - 1.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא.
 - 1.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד, בהתאם לחוק חוזה הביטוח.
2. על אף האמור לעיל, במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, רשאית החברה להפסיק מתן השירותים על-פי כתב שירות זה לכלל המנויים, לאחר שהודיעה על כך בכתב למנויים 60 יום מראש.

3. על אף האמור לעיל, במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר למתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מחוייב הספק להשלים מתן שירותים נשוא כתב שירות זה, למנויים אשר נמצאים במהלך תקופת השירות ולא יותר משלושה חודשי שירות כולל תקופת ההודעה מראש למנויים על הפסקת השירות.
4. מובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תוקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים נשואי כתב שירות זה.
- מנוי שהתחיל בקבלת שירות נשואי כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלימם, תפקע זכותו לאחר סיום השלמת השרות.

ז. תנאי הצמדה

1. כל התשלומים על-פי כתב שירות זה, לרבות דמי המנוי צמודים למדד באופן שאם המדד החדש יעלה על מדד הבסיס, יגדל התשלום בשיעור עליית המדד החדש לעומת מדד הבסיס.
- 1.1. "המדד" משמעו מדד המחירים לצרכן כולל פירות וירקות המתפרסם מדי פעם בפעם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וכולל אותו מדד אף אם יתפרסם ע"י כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיתפרסם על ידי גוף או מוסד כאמור ואותו גוף או מוסד לא קבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, יקבע היחס האמור ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.2. "מדד החדש" משמעו המדד הידוע ביום התשלום.
2. סכום דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח. הסכום הנ"ל צמוד למדד הבסיס ויעודכן אחת ל-12 חודשים בלבד.

ח. שונות

1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
2. הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטחת, ייחשבו כהודעות שנמרו למנויים.
3. המנוי והחברה מתחייבים להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם, ולא תישמע מפיהם הטענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה אליהם, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.
4. הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטחת, ייחשבו כהודעות שנמסרו למנויים.

איך לנהוג בעת תביעה?

חשוב לציין כי בכל מקרה של תביעה ולפני קביעת תור/ביצוע ניתוח ו/או השתלה ו/או התייעצות או בדיקה, יש ליצור קשר עם סוכנות הביטוח או מוקד שירות הלקוחות של הראל ולקבל את כל המידע בנוגע לתהליך הגשת התביעה והשימוש בפוליסה.

מה לעשות כשצריך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל?

- עם היוודע הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד בחו"ל, ליצור קשר עם סוכנות הביטוח או מוקד שירות לקוחות הראל בטלפון הרשום מטה, כדי לקבל הדרכה בתהליך התביעה במקרה השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.

ביצוע ניתוח באופן דחוף

במקרה של ניתוח פרטי דחוף, הנך מתבקש להודיע לביה"ח ולמנתח כי הנך מוטב בביטוח רפואי בהראל.

בהזדמנות הראשונה הודע לסוכנות הביטוח או למוקד שירות לקוחות הראל בטלפון הרשום מטה על הניתוח והעבר את כל המידע הרפואי בצירוף הקבלות או העתקן על התשלומים ששילמת.

מה לעשות כשצריך ניתוח פרטי?

- ליצור קשר עם סוכנות הביטוח או מוקד שירות לקוחות הראל בטלפון הרשום מטה ולקבל הדרכה ביצירת קשר עם הרופא המנתח במידת הצורך וכן לקבל טופס תביעה.
- לאחר בחירת הרופא המנתח יש לשלוח את טופס התביעה הכולל את שמו של הרופא, הסכמתו לביצוע הניתוח ואת כל פרטי תולדות המחלה וסוג הניתוח.

לתשומת לבך, כפוף לחוק ההסדרים שנכנס לתוקפו ב-1/7/16, אם תבחר מנתח ו/או בי"ח פרטי שאינם בהסדר עם הראל, לא תהיה זכאי לכיסוי הוצאות הניתוח הפרטי.

למבוטחים במסלול שב"ן- בעלי ביטוח משלים בקופ"ח:

תכנית הביטוח לבעלי ביטוח משלים בקופ"ח (מסוג "כללית מושלם", "מגן זהב", "מאוחדת עדיף"/"מאוחדת שיא", "לאומית ועוד"/"לאומית זהב"), היא תכנית ביטוח ייחודית המונעת כפל כיסוי, תוך חסכון כספי ניכר. להלן נוהל הגשת תביעה בעת הצורך בניתוח פרטי, במסגרת התכנית (נוהל זה רלוונטי אך ורק לגבי פרק הכיסוי לניתוחים):

העומד בבסיסה של התכנית לבעלי ביטוח משלים בקופ"ח, שהביטוח הינו רובד משלים לביטוח הקיים למבוטח במסגרת קופת החולים בה הוא חבר (שב"ן- שירותי בריאות נוספים); המשמעות היא, שעד שהמבוטח לא ממצה את זכויותיו במסגרת השב"ן, הוא אינו זכאי לקבלת תגמולי ביטוח כלשהם (לרבות תחייבויות) במסגרת התכנית.

לכן, כאשר מבוטח במסגרת תכנית זו נדרש לבצע ניתוח פרטי, עליו לפנות במקביל אל אגף התביעות ואל הביטוח המשלים של קופת החולים בה הוא חבר.

לנוחיותכם, להלן פרטי קופות החולים השונות, אליהן יש לפנות בעת הצורך:

- קופ"ח כללית - 2700*.
- קופ"ח מכבי - 53-53-50-700-1.
- קופ"ח מאוחדת - 3833*.
- קופ"ח לאומית - 507-507-700-1.
- כיסוי לבעלי שב"ן (ביטוח משלים בקופ"ח)

ייתכנו 2 תגובות אפשריות של הביטוח המשלים בקופ"ח בעת תביעה לניתוח:

דחיית התביעה לחלוטין ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח* כאשר סוג הניתוח אינו מוכר ע"י הביטוח המשלים או כאשר המנתח/בי"ח הפרטי שבחר המבוטח אינם בהסדר עם השב"ן.

במקרים אלו יינתן לפעולה המבוקשת כיסוי מלא ע"י חברת הביטוח אם המנתח הפרטי ובית החולים הפרטי בהסכם עם הראל לניתוח המבוקש ובתנאי שקמה זכאות למקרה הביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה.

* במקרה של דחיית השב"ן את הניתוח בשל תקופת אכשרה - הכיסוי ייבחן בהתאם למועד בו נרכשה הפוליסה והאם היה במועד הרכישה הנ"ל ביטוח משלים בקופ"ח כפי שמתחייב ברכישת פוליסה זו.

אישור במסגרת הסכמי השב"ן - אישור התביעה ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח והכרה בניתוח המבוצע ע"י רופא הסכם של הביטוח המשלים, בבי"ח המצוי בהסכם עם הביטוח המשלים. במקרה כזה יקבל המבוטח מן הביטוח המשלים בקופ"ח התחייבויות לביצוע הניתוח. ויידרש להשתתפות עצמית אחת לניתוח הכוללת גם את מרכיב שתלים/תותבים במידה ויעשה בהם שימוש בניתוח.

המבוטח יהיה זכאי להחזר ההשתתפות העצמית לעיל במסגרת תכנית הביטוח לבעלי שב"ן רק במקרה שהניתוח בוצע על ידי מנתח ובי"ח פרטיים שמצויים גם עם המבטח בהסכם כנגד הצגת קבלה, סיכום ניתוח וטופס תביעה כרגיל ובתנאי שקמה זכאות למקרה הביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה.

יש להדגיש כי חשוב וחיוני לפנות מראש אל חברת הראל בטל': 1-800-44-5000 כדי לתאם ביצוע הניתוח.

אנו עומדים לשירותך בכל עת!

אונגר פישר סוכנות לביטוח

03-6367562

sl@ungerfisher.com

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000

פרטי התקשרות

אונגר פישר סוכנות לביטוח

03-6367562 📞

sl@ungerfisher.com 📧

פרש קונספט מומחים לביטוחים
קבוצתיים

03-7517274 📞

03-7518574 📞

www.udif.co.il 🖱️

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞



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