

מהדורה 2017



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי סמינר הקיבוצים ובני משפחותיהם



איתי אפול
ביטוח סאן ופנסיוני

אפריל 2015

**לסגל המנהלי והאקדמי,
מכללת סמינר הקיבוצים**

שלום רב,

בימים אלה חודש הסכם לביטוח בריאות קולקטיבי בין מכללת סמינר הקיבוצים לבין חברת הביטוח "הראל".

אנו שמחים להציג בפניכם בחוברת זו פוליסת ביטוח הבריאות שנבנתה במיוחד עבור הסגל של המכללה.

על פי תנאי ההסכם הקבוצתי, יעודכנו תנאי הביטוח, כלהלן:

- הפוליסה הוארכה לתקופה נוספת של 7 שנים, החל מ-1.2.2016 ועד ליום 31.01.2022.
- שופרו הגדרות וכיסוי בפרקים השונים בפוליסה.

מספר הטלפון למוקד התביעות של חברת "הראל":

1-800-44-5000

בברכת בריאות שלמה,

ועד עובדי המנהל

הנהלת המכללה

תוכן עניינים

4	ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על פי תקנות "גילוי נאות").
9	פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח.
14	הסכם לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי סמינר הקיבוצים.
14	פרק כללי - הגדרות לכל פרקי הפוליסה.
25	פרק א': השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים/ניתוחים בחו"ל.
29	פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.
32	פרק ג': כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.
34	פרק ד': כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - כיסוי מ"שקל ראשון".
37	פרק ה': כתב שירות - "לצדך בעת צרה".
43	פרק ו': שירותים אמבולטוריים.
47	פרק ז': כתב שירות - שירותים רפואיים ייחודיים.
55	פרק ח': כיסוי ניתוחים מעבר לשב"ן.
59	נספח 1 - רשימת גבולות אחריות המבטח.
62	נספח 2
63	איך לנהוג בעת תביעה?

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על פי תקנות "גילוי נאות")

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	ביטוח רפואי קבוצתי לעובדי סמינר הקיבוצים.
	שם בעל הפוליסה	סמינר הקיבוצים.
	הכיסויים בפוליסה	השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים/ניתוחים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מ"שקל ראשון", לצדך בעת צרה - כתב שירות, שירותים אמבולטוריים, שירותים רפואיים ייחודיים - כתב שירות, כיסוי ניתוחים מעבר לשב"ן (למבוטחים שיבחרו בכיסוי זה).
	משך תקופת הביטוח	7 שנים, החל מיום 1.2.2015 ועד ליום 31.1.2022.
	המשכיות	<p>במקרה בו הופסקה הפוליסה ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבטח מסיבה כלשהי או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה מסיבה כלשהי לרבות: פיטורין, עזיבת הארגון או מקום העבודה, גירושין או ילדה של חברה או עובד/ת מבטח שהגיע לגיל הסיום יוכל כל מבטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים (ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית) ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח ובהנחה מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטחת ולתקופת הנחה של 25% לחמש שנים.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה. ■ על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, בתוך 60 יום ממועד הפסקת הפוליסה, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.

תנאים	סעיף	נושא
<ul style="list-style-type: none"> ■ המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבוטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 60 יום מיום קבלת הודעת המבוטח על זכותו להמשיכות. ■ במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים. ■ היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט. <p>להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.</p>	המשכיות	כללי
לאחר תום תקופת ההסכם יתחדש הסכם זה אוטומטית לתקופה נוספת של 3 שנים (להלן: "תקופת ההסכם המוארכת"), ובכפוף להסכמת הצדדים אלא אם הודיע בעל הפוליסה או המבוטח, לפחות 90 יום לפני תום תקופת ההסכם על רצונו שלא לחדשו.	תנאים לחידוש אוטומטי	
90 ימים. כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, לצדך בעת צרה, ושירותים רפואיים ייחודיים - ללא תקופת אכשרה. בכיסוי האמבולטורי במקרה של טיפוליים הקשורים בהריון תהא תקופת אכשרה 180 ימים.	תקופת אכשרה	
בכיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מ"שקל ראשון" סעיף 4.4 (אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מניתוח), תהיה תקופת המתנה של 30 ימים.	תקופת המתנה	
<p>בפרק ב' (תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות) - השתתפות עצמית למרשם של 215 ₪ לחודש למקרה ביטוח ועד 429 ₪ לכל המרשמים. בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ₪ לחודש או בגין תרופה למחלת הסרטן, לא תידרש השתתפות עצמית.</p> <p>בפרק ד' (כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מ"שקל ראשון) - השתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות לפני ואחרי ניתוח. בגין עדשה מולטי-פוקלית המושתלת במהלך ניתוח קטרקט תהא השתתפות עצמית של 25% מעלות העדשה.</p> <p>בפרק ו' (שירותים אמבולטוריים) - השתתפות עצמית של 20%: מעלות ההתייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח, מעלות בדיקה רפואית אבחנתית, מעלות חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה, מעלות לטיפול ע"י מיקרופאגים, מהעלות לטיפול בחדר מלח, מהעלות לטיפול שיקום ההליכה, מהעלות לרכישת פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, משאבת אינסולין וסד גבס קל, אמבולטוריים, מהעלות לבדיקות הריון ומהעלות לטיפולים בהתפתחות הילד ומהעלות לטיפול פיזיותרפיה.</p>	השתתפות עצמית	

נושא	סעיף	תנאים
כללי	השתתפות עצמית	<p>השתתפות עצמית של 25%: מהעלות לבדיקה פתולוגית ו/או גנטית, מהעלות למנוי לשירותי משדר קרדיולוגי, מהעלות בעבור התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב, מהעלות לשהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול, מהעלות לאביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשניה, מעלות טיפול לשיקום כושר הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי ומהלות להוצאה בגין טיפולי הפריה חוץ גופית.</p> <p>בפרק ז' (שירותים רפואיים ייחודיים) - השתתפות עצמית של 25% לביקור רופא לילי, השתתפות עצמית של 80% לפגישה ראשונה ליעוץ פסיכולוגי ו-100% ל-11 הפגישות הנוספות.</p> <p>בפרק ח' ניתוחים בארץ ובחו"ל (למבוטחים שבחרו במסלול שב"ן) - השתתפות עצמית לניתוח אצל מבטח אשר אין ברשותו שב"ן תהא בגובה 4,300 ש"ח לכל מקרה ביטוח.</p> <p>השתתפות של 20% עבור התייעצויות עם רופאים לפני ואחרי ניתוח. עבור ניתוח בבית חולים פרטי בחו"ל תהא השתתפות עצמית של 4,000 ש"ח.</p>
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	ללא שינוי.
פרמיות	גובה הפרמיה	<p>דמי הביטוח החודשיים למבוטח שיבחר במלול ניתוחים מ"השקל הראשון":</p> <p>עבור עובד/ת - 199.53 ש"ח.</p> <p>עבור בן/בת זוג אלמן/ה, ילד מעל גיל 25, בן/בת זוג של ילד - 199.53 ש"ח.</p> <p>עבור ילד/ה נכד/ה עד גיל 25 - 34.65 ש"ח.</p> <p>דמי הביטוח החודשיים למבוטח שיבחר במסלול המכסה ניתוחים עם תלות בשב"ן (פרק ט'):</p> <p>עבור עובד/ת - 192.06 ש"ח.</p> <p>עבור בן/בת זוג, אלמן/ה, ילד מעל גיל 25, בן/בת זוג של ילד - 192.06 ש"ח.</p> <p>ילד/נכד עד גיל 25 - 30.98 ש"ח.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ילד/נכד עד גיל 25, מהילד/נכד שלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה. ■ נכדים לא יצורפו לביטוח ללא 2 ההורים, למעט במשפחה חד הורית. ■ נכדים יחושבו לכל בית אב בנפרד לצורך מתן ההטבה לנכד שלישי ואילך חנינם. <p>הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד שפורסם ב-15.9.2015, 12329 נקודות.</p>
	מבנה הפרמיה	פרמיה משתנה, כמפורט בסעיף גובה הפרמיות המצוין לעיל.

נושא	סעיף	תנאים
פרמיות	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	מדי 24 חודשים מיום תחילת ההסכם, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לצורך חישוב התאמת הפרמיה. הבדיקה תתבצע בגין 24 חודשי ההסכם הנבדקים. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד שפורסם ב-15.9.2015, 12329 ונקודות.
תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו 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.
תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	1. אם המוטב/ים ו/או בעל הפוליסה ו/או המבוטח אינו/ם משלם/ים או לא שילמו את הפרמיה כסדרה (על פי חוק הביטוח). הביטול יתבצע לאחר מתן התראות לבעל הפוליסה ו/או המבוטח כמתחייב עפ"י חוק חוזה ביטוח. 2. אם העלים המוטב ו/או בעל הפוליסה מהחברה עובדה מהותית, שידיעתה הייתה גורמת לחברה שלא לקבלו לביטוח (על פי חוק חוזה הביטוח 1981).	
חריגים	החרגה בגין מצב רפואי קיים	מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן: א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע. ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע. "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו. "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח. על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי (בכפוף להצגת הפוליסה לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך הצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הפרטי או הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם על כיסויים חופפים.

נושא	סעיף	תנאים
חריגים	סייגים לחבות המבטחת	חריגים כלליים כמוגדר בפוליסת הביטוח - סעיף 9. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סעיף 4. כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 4. כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מ"שקל ראשון" - סעיף 5. שירותים רפואיים ייחודיים - סעיף 5.3. כיסוי ניתוחים מעבר לשב"ן - סעיף 5.

הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

תגמולי ביטוח מירביים שאינם בערך נקוב

בגין תגמולי ביטוח שאינם בערך נקוב, ניתן להתעדכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il. הכיסוי יינתן בהתאם לרשימת הניתוחים ובניכוי ההשתתפות העצמית כפי שנקובה בפוליסת הביטוח שברשותך במידה וקיימת. התנאים המחייבים הם התנאים הנקובים בפוליסת הביטוח שברשותך. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות יקבעו התנאים הנקובים בפוליסה. הסכומים הנקובים משקפים את מחירי ההסכם של הראל והם עשויים להשתנות אחת לשנה.

פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן; רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
תקרת תגמולי הביטוח להשתלות	אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרה בגובה 5,000,000 ₪.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן
	או 350,000 ₪ למבוטח שנדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה.	פיצוי			לא
גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה	בגובה 6,000 ₪ לאחר השתלת כבד, לב-ריאה, ריאה, מעי למשך 24 חודשים, או 6,000 ₪ לאחר השתלת לבלב, כליה-לבלב, שחלה ורחם למשך 12 חודשים.	פיצוי	כן	ביטוח תחליפי	לא
תקרת תגמולי הביטוח לטיפולים מיוחדים בחו"ל	אצל נותני שירות במסגרת ההסכם - שיפוי מלא. אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד 800,000 ₪.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות					
תרופות הנכללות בכיסוי	תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתה להלן, או כלולה בסל להתווייה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו, או תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, לאינדיקציה (התווייה) רפואית שונה מזו שבגינה נדרשת התרופה למבטח ובתנאי כי התרופה מותרת לשימוש במחלתו של המבטח על ידי רשות מוסמכת כלשהי בלפחות אחת המדינות המוכרות ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו. תרופה למחלה יתומה - תרופת יתום - אשר אושרה לשימוש באחת במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") תהווה אף היא תרופה המכוסה על פי תנאי פוליסה זו.			ביטוח מוסף	
תקרת הכיסוי - סכום ביטוח מירבי לכל תקופת הביטוח	עד 1,500,000 ₪, מתחדש אחרי 3 שנים.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
השתתפות עצמית למרשם	215 ₪ לחודש למקרה ביטוח ועד מקסימום 429 ₪ לחודש לכל המרשמים מעל 10,000 ₪ לחודש או בגין תרופה למחלת הסרטן, לא תידרש השתתפות עצמית.			ביטוח מוסף	

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן; רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
ניתוחים בחו"ל וטיפולי מחליפי ניתוח בחו"ל					
תגמולי הביטוח	בית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. בית חולים שאינו בהסכם - שיפוי עד 200% מעלות ניתוח פרטי עם מוסדות רפואיים שהסכם עם חברת הביטוח בארץ.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
טכנולוגיה מחליפת ניתוח בארץ ובחו"ל	טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק מבוטח, ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בנייתוח שהמבוטח נדרש לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, הרופא אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות ספציפית בתחום בו נדרש הטיפול, הרופא המבצע את הטיפול בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל ועד הסכום הנקוב בנספח 1.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
ניתוחים בארץ					
הניתוחים המכוסים - ניתן לבחור בין 2 מסלולים	כל הניתוחים המבוצעים באופן פרטי. כל הניתוחים (מעבר לחבות השב"ן) לבעלי כללית מושלם/פולטיונם, לאומית ועד/זהב, מאוחדת עדיף/שיא ומגן זהב.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם החברה	קיים (עד לתקרת הסכום הקבוע והמפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו: www.harel-group.co.il , עבור הניתוח שבוצע).	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
כיסוי לניתוחים פרטיים בארץ	בארץ - כמפורט לעיל.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן; רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
שירותים רפואיים אמבולטוריים					
<p>התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח, כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל, בדיקות רפואיות אבחנתיות, כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית, חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה, טיפולים אונקולוגיים, בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות, טיפול ע"י מקרופאגים, מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב, שהיי במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול, טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה, שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי, חדר מלח, שיקום הליכה וציבה, אביזרים רפואיים, בדיקות הריון, טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולים לבעיות בהתפתחות הילד, עזרה ראשונה לכאבי שיניים, טיפולי פיזיותרפיה אמבולטוריים</p>	עד תקרה כמפורט בכל כיסוי בנספח 1.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

סכומי הביטוח הינם עפ"י מדד שפורסם ב-15.9.2014 (12378 נקודות).

ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).

ביטוח משלים - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין הוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן.

ביטוח מוסף - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים בהסכם החתום בין הצדדים.

הסכם לביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי סמינר הקיבוצים

מציא אחד	בין: סמינר הקיבוצים (להלן: "בעל הפוליסה")
מציא שני	לבין: הראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח")
הואיל:	והמבוטחים כהגדרתם להלן מבוטחים במועד תחילת הסכם זה בביטוח בריאות קבוצתי (להלן: "הביטוח הקודם");
הואיל:	ובעל הפוליסה מבקש לבטח בביטוח בריאות קבוצתי את המבוטחים כהגדרתם להלן (להלן: "הביטוח החדש" ו/או "הביטוח");
והואיל:	והמבטח מסכים לקבל על עצמו ביטוח זה בכל היקפו ובתנאים המפורטים בהסכם ביטוח זה להלן;

פרק כללי - הגדרות לכל פרקי הפוליסה

1. הגדרות

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

- 1.1 "החברה" או "המבטח" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 "בעל הפוליסה" - סמינר הקיבוצים.
- 1.3 "הסכם הביטוח" - חוזה הביטוח מיום 01.02.2015 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לכל עובדי סמינר הקיבוצים ובני משפחותיהם.
- 1.4 "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.5 "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.6 "תאריך תחילת הביטוח" - 1.2.2015.
- 1.7 "דמי הביטוח" - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.
- 1.8 "תקופת המתנה" - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- 1.9 "מדד" - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי בריאות.

- 1.10. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.11. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- 1.12. **"נותן שירות שבהסכם"** - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 1.13. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו ע"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.14. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.15. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בפוליסה קודמת שהייתה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.16. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.17. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.18. **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.19. **"בית חולים פרטי"** - בית חולים כמוגדר בסעיף 1.17 לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
- 1.20. **"בית חולים שבהסכם"** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.17 ו-1.19 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח במועד הגשת התביעה.
- 1.21. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
- 1.22. **"ישראל"** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.23. **"חו"ל"** - כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.24. **"רופא מומחה"** - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.25. **"מנתח הסכם"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח הנמצא בהסכם עם החברה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.26. **"מנתח אחר"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.27. **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.28. **"רופא מרדים בהסכם"** - רופא מרדים כמוגדר בסעיף 1.27, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.29. **"רופא מרדים אחר"** - רופא מרדים אחר כמוגדר בסעיף 1.27 לעיל, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.30. **"חדר ניתוח"** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.

- 1.31. **"אחות"** - אחות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.
- 1.32. **"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 המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי. 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 אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלב את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 1 להלן. **ההגדרה של שתל (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**
- 1.33. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.34. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בהסכם ביטוח זה על כל נספחיו, אשר בהתקיימה מקנה למבוטח תגמולי ביטוח.
- 1.35. **"יום אשפוז"** - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ-24 שעות.
- 1.36. **"יועץ מלווה"** - היועץ הביטוחי רפואי המלווה אשר ילווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה ד"ר אודי פרישמן ו/או מי מטעמו.
- 1.37. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.38. **"המבוטח"** - עובדים אצל בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם לרבות ידועה/בציבור (כולל בני אותו המין) וילדיהם לרבות ילדים של בני זוג מנישואין קודמים וילדי ידועה/בציבור לרבות בני זוגם של ילדיהם (חתנים/כלות) ו/או ילדי ילדיהם (נכדים/נכדות) (להלן: "המבוטחים") בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. וגילם בעת הצטרפותם פחות מ-70 שנה.
- 1.39. **"שירותי בריאות נוספים (שב")"** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.40. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.41. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.42. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.43. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.44. **"ועדת הלסינקי"** - ועדה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999).

- 1.45. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.
- 1.46. **"ביטוח קודם"** - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה, שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.47. **"רצף ביטוחי"** - הצטרפות מבטוח קודם (כהגדרתו לעיל) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות ו/או ללא תקופת אכשרה, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבטח לביטוח את מועד הצטרפותו לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי המבטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסוי וסכומי ביטוח חופפים בלבד. יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודמת.
- 1.48. **"מבטוח קיים"** - מבטוח אשר היה מבטוח במועד תחילת הביטוח במסגרת הביטוח הקודם.
- 1.49. **"עובד קיים"** - עובד אצל בעל הפוליסה אשר היה עובד בתקופת הביטוח הקודם, אולם לא הצטרף לביטוח הקודם.
- 1.50. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה 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. כמון כן הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המתחם 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 ע"י גלי קול ייחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי ייחשבו כניתוח או ניתוח אחר 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. אופן ההצטרפות

- 2.1. מבטחים קיימים יצורפו באופן אוטומטי וברצף ביטוחי מלא להסכם זה.
- 2.2. עובדים חדשים (עובדים מעל 3 חודשים) אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, יצורפו לביטוח על פי החלטת בעל הפוליסה ולאחר חתימה על טופס הצטרפות, אך ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה כל זאת בתנאי כי החתימה על טופס ההצטרפות תבוצע תוך 90 יום מתום 3 חודשי ההעסקה הראשונים.
- 2.3. עובדים קיימים כהגדרתם לעיל, ובני משפחותיהם, יוכלו להצטרף לפוליסה זו בכפוף למילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח ובכפוף לתקופת אכשרה.

- 2.4. עובד/ת שחזר מחל"ת ובני משפחתו ובתנאי שבמועד תחילת ההסכם היה בחל"ת, יצורף לביטוח לאחר חתימה על טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. מועד הצטרפותו לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרף לביטוח בפועל וכל זאת בתנאי כי החתימה על טופס ההצטרפות תבוצע תוך 90 יום ממועד חזרתו לעבודה מהחל"ת.
- 2.5. מבוטח/ת שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/ה בתוך 90 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה אולם בכפוף לחתימה על טופס הצטרפות. מועד תחילת הביטוח של המצטרפים על פי סעיף זה יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח זה בפועל.
- 2.6. תינוק שנולד למבוטח/ת או שאומץ ע"י המבוטח/ת יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם).
- 2.7. מבוטחים אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מפרקי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין מבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום, המבטח יאשר/יזכה את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 15 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.
- 2.8. צירוף בני משפחה של עובד/ת בהתאם להסכם זה מתונה בצירוף לביטוח של העובד/ת.
- 2.9. במקרה של עובד/ת שנפטר/ה, ימשיכו בני המשפחה המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות הוראת קבע אישית למבטח.
- 2.10. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא יגלה למבטח על מצבו ויחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 2.11. הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהא המבטח רשאי לסייג חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתקבע ע"י המבטח לצד אותו מצב רפואי מסוים, לרבות בתקופות מחודשות. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 2.12. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 2.13. על אף האמור לעיל, מבוטחים חדשים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל פי הסכם זה, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם הפרטי/הקבוצתי, בהתאמה, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כסויים חופפים. המבוטחים אשר בביטוח הקיים שלהם ישנן החרגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד הצטרפותם של המבוטח לביטוח הקבוצתי.
- 2.14. למען הסר ספק, מועמדים לביטוח שיידרשו למלא הצהרות בריאות וחיתום, לא ייחשבו מבוטחים על פי הסכם זה, וזאת עד להשלמת הליך החיתום והודעת המבטח בכתב בדבר הסכמתו ותנאיו לקבלת המועמדים לביטוח וקבלת תשלום דמי הביטוח לראשונה עבורם. תשלום פרמיה על ידי בעל הפוליסה בגין מבוטחים אלו, מבלי שניתן אישור מפורש מהמבטח כאמור, לא ייחשב כאסמכתא להיותם מבוטחים, והמבטח לא יהיה חייב בכיסוי בגין צירופם לביטוח ללא אישור כאמור.

- 2.15. מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום יבוצע בתוך 15 ימים מיום קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח. במידה ולאחר קבלת המסמכים, המועמד לביטוח יקבל תשובה שלילית בגין קבלתו לביטוח, יושבו דמי הביטוח (ככל שנגבו) למועמד. במידה ובמהלך התקופה שבין מסירת טופסי החיתום ועד לקבלת החלטת המבטחת אירע מקרה ביטוח, תשלם המבטחת למבוטח את סכום הביטוח בהתאם לכיסוי הביטוח בהסכם הביטוח וזאת במידה ולפי הוראות החיתום הרפואי הקיימות אצל המבטח לגביי מבוטחים בעלי מאפיינים דומים, המבטח היה מודיע למבוטח על קבלתו לביטוח אלמלא קרה מקרה הביטוח.
- 2.16. מבטח אשר גרע עצמו מהביטוח הקודם או הנוכחי, ויבקש להצטרף מחדש, צירופו מחדש לביטוח יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח ובכפוף לתקופת אכשרה.

3. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם

- 3.1. במקרה בו הופסקה הפוליסה ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבוטח מסיבה כלשהי או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה מסיבה כלשהי לרבות: פיטורין, עזיבת הארגון או מקום העבודה, גירושין או ילדה/ של חברה/ או עובד/ת מבוטח שהגיע לגיל הסיום ויכול כל מבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים (ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית) ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח ובהנחה מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטחת ולתקופת הנחה כפי שמפורט בנספח 2.
- 3.2. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסוי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.
- 3.3. על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, בתוך 60 יום ממועד הפסקת הפוליסה, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.
- 3.4. המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 60 יום מיום קבלת הודעת המבטח על זכותו להמשכות.
- 3.5. במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.
- 3.6. היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.
- 3.7. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

4. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח

- 4.1. דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם מפורטים בנספח 2 לפוליסה.
- 4.2. בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים ובני משפחתם באופן מרוכז ולמעט המבוטחים מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי מבטח באמצעות אמצעי גבייה אישי.
- 4.3. מבוטחים בפוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה הם נמצאים בחופשת לידה או בחל"ת בתנאי ששמן יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה ביגום משולמת כסדרה או משולמת פרמיה באמצעות גבייה אישית.
- 4.4. דמי הביטוח יהיו על בסיס חודשי, וישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז עד ה-25 בכל חודש בגין החודש הקודם.

- 4.5. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח להלן מדד הבסיס.
- 4.6. התאמת דמי הביטוח החדשיים תבוצע מדי 24 חודשי ביטוח על פי הנוסחה כאמור בסעיף 5 להסכם.
- 4.7. מדי 24 חודשים מיום תחילת ההסכם, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לצורך חישוב התאמת הפרמיה. הבדיקה תבצע בגין 24 חודשי ההסכם הנבדקים (כלומר לא יובאו בחשבון האירועים בגין תביעות שאירעו בתקופה שלאחר 24 חודשי ההסכם וכן לא תובא בחשבון פרמיית החיוב בגין אותה תקופה). במידה ותידרש העלאת פרמיה היא תחול עבור החודש ה-25 ואילך וכך בהתאמה מדי שנתיים.

5. תגמולי ביטוח

- 5.1. המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות.
- 5.2. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונית מקוריים שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות. בהעדר קבלה מקורית - על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.
- 5.3. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 5.4. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.
- 5.5. נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.

6. תחלוף (סברוגציה)

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

7. ביטוח כפל

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

8. תביעות

- 8.1. המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- 8.2. המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר.
- 8.3. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.
- 8.4. בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות או העתק קבלות בצירוף הסבר למי נשלחו מהמסמכים המקוריים ופירוט הסיבה למה לא יכול המבוטח להמציאם למבטח.
- 8.5. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:
- 8.5.1. ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 8.5.2. יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
- 8.6. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות. בהעדר קבלה מקורית - על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. אם יידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
- 8.7. תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

9. חריגים כלליים

- המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ:
- 9.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה, במידה ומוגדרת תקופת אכשרה בכל אחד מפרקי הפוליסה.
- 9.2. פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלם המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

- 9.3. שימוש בסמים, (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).
- 9.4. תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (איידס) ו/או מחלה או תסמונת שהיא מוטציה או וריאציה שלה ובלבד שהיו קיימים אצל המבוטח נוגדנים למחלה לפני מועד תחילת הביטוח.
- 9.5. חשיפה כלשהי לקרינה גרעינית הנגרמת כתוצאה ממיזוג או היתוך גרעיניים.
- 9.6. מחלות נפש מטופלות במסגרת אשפוזית ו/או ניסיון התאבדות ו/או חבלה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 9.7. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות הקשורים בשיניים או בחניכיים ו/או טיפול שיניים.
- 9.8. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות ניסיוניים - המחייבים אישור של ועדת הלסינקי.
- 9.9. סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נטיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:
- א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.
- ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.
- "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו. "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.
- הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי (בכפוף להצגת הפוליסה לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הפרטי או הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם על כיסויים חופפים.
10. תקופת אכשרה
- 10.1. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח אשר ארע במהלך 90 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח.
- 10.2. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח הקשור לשיניים וחניכיים, להריון, בדיקות הריון, הפסקת הריון ולידה ואשפוז כתוצאה מהריון במהלך 180 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח.
- 10.3. למרות האמור בסעיף 10.1 לעיל, מבוטחים אשר לא נדרשו למלא הצהרת בריאות יהיו פטורים מתקופת אכשרה.

11. מתן מסמכים למבוטח

- 11.1. 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, ודף 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.
- 11.2. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח.
- 11.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

12. תנאי הצמדה למדד

- 12.1. כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:
- 12.2. "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לא. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.
- 12.2.1. "המדד היסודי" - משמעו המדד הידוע במועד תחילת ההסכם.
- 12.2.2. "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.
- 12.3. כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 12.4. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

13. ועדת ערר

- 13.1. מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י המבטח לדיון מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ-20 יום מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה באחריות יועץ הביטוח.
- 13.2. המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.
- 13.3. החלטת הוועדה תחייב את המבטח.
- 13.4. הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח ויועץ הביטוח. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.
- 13.5. למען הסר ספק, אין בהחלטת ועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיציאת תביעתו, על פי כל דין.

14. ברות ביטוח

14.1. מבוטחים שיצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, יהיו זכאים לבחור באחת משתי החלופות שלהלן:

14.1.1. **חלופה א':** לשמור על ברות ביטוח אשר משמעותה הינה כדלקמן: במהלך תקופת

ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה. במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ישלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל-50% מדמי הביטוח החודשיים כאמור בנספח 2 להסכם אשר היו משולמים על ידו אם היה מבוטח השווה בארץ. עם שובו של המבוטח ארצה יוכל המבוטח לשוב לביטוח למעמד של מבוטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או בתקופת אכשרה, וזאת בתנאי שיוודע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא תוך 90 יום ממועד חזרתו ארצה, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים החל ממועד חזרתו ארצה.

14.1.2. **חלופה ב':** להמשיך ולהיות מבוטח בביטוח כאמור בהסכם זה ובכפוף לתשלום

דמי הביטוח במלואם וכל עוד השירותים הרפואיים המפורטים בהסכם יינתנו רק עם חזרתו ארצה או בעת שהותו בישראל.

15. אחריות המבטח

חבות המבטח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בהסכם זה המבוצעים במדינת ישראל או בחו"ל, בכפוף להוראות ההסכם ובלבד שהוכחה זכאותו של המבוטח. המבטח ישפה את בעל הפוליסה ו/או היועץ בגין כל תשלום ו/או הוצאה בקשר עם כל תביעה או דרישה שתופנה, אם תופנה, על ידי צד ג' כל שהוא, הנובעת מהשירותים ו/או הכיסויים המפורטים בפוליסה.

16. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

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

פרק א': השתלות בארץ ובח"ל

וטיפולים/ניתוחים בחו"ל

1. הגדרות

- 1.1. "המרכז הלאומי להשתלות" - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
- 1.2. "טיפול בחו"ל" - ניתוח ו/או טיפול רפואי בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן:
 - 1.2.1. הטיפול בחו"ל אינו בר ביצוע בישראל.
 - 1.2.2. סיכויי הצלחת הטיפול בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה ממנו בישראל.
 - 1.2.3. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מסוג זה בחו"ל.
 - 1.2.4. ביצוע הטיפול בחו"ל נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
 - 1.2.5. הטיפול בחו"ל דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.
 - 1.2.6. הטיפול בחו"ל נועד לצורך הצלת חיים.
- 1.3. "השתלה" - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב 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, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש.

ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

 - 1.3.1. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.
 - 1.3.2. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.
- ההגדרה של השתלה (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".
- 1.4. "אשפוז" - שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.

2. מקרה ביטוח

- 2.1. צורך מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו בארץ או בחו"ל.
- 2.2. צורך מתועד במסמכים רפואיים בביצוע טיפול בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

3. התחייבות המבטח

בעת ביצוע השתלה או טיפול בחו"ל עפ"י ההסכם, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול בחו"ל), כמפורט להלן:

3.1. לעניין להשתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא. במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית כמפורט בנספח גבולות אחריות המבטח - נספח 1. לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח - 2008.

3.2. לטיפול בחו"ל - הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים בחו"ל, בין אם הם מבוצעים בבית חולים שבהסכם ובין אם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי כמפורט בנספח 1.

3.3. השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו-3.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:

3.3.1. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול בחו"ל או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול בחו"ל, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנוקק לה המבוטח לפני ביצוע ההשתלה ולרבות כיסוי עלות הטיסות הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

3.3.2. הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול בחו"ל. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרישי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול בחו"ל.

3.3.3. שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;

3.3.4. בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שיידרשו בעת אשפוז;

3.3.5. שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;

3.3.6. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.

3.3.7. הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 200 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.

3.4. הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:

3.4.1. הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.

3.4.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד הסכום הנקוב בנספח 1.

3.4.3. כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.

3.4.4. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

- 3.4.5. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד 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 לסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.4.6. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, במקרה של מבוטח קטין - ולשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.
- 3.4.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול בחו"ל או לייעוץ, במקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול בחו"ל.
- 3.4.8. הוצאות לטיפול המשיך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול בחו"ל המכוסה עפ"י הסכם זה, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.4.9. תשלום מלא עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול בחו"ל ועד 10 ימים ממועד השחרור מבית החולים.
- 3.4.10. תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, כמפורט בנספח 1.
- 3.5. כל התשלומים להשתלה או לטיפול בחו"ל, כמפורט בסעיפים 3.4.1-3.4.11 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 3.4.4, 3.4.5, 3.4.7 - הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה הוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול בחו"ל, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול בחו"ל, בהתאמה.
- 3.6. תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:
- מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבוטח על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך הנקוב בנספח 1 למעט השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבוטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוטח אישור מהמרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה על פי פרק זה.
- למען הסר ספק, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.6, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו-3.4 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף 3.8 הלן.**
- 3.7. גמלת החלמה לאחר השתלה:
- 3.7.1. עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבוטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, גמלה חודשית לאחר השתלה בסך הנקוב בנספח 1 החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך הזמן הנקוב בנספח 1.
- 3.7.2. נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבוטח במימון ההשתלה.

3.8. טיפול ניסיוני בחו"ל:

3.8.1. נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה של המבוטח בחו"ל כדלקמן:

3.8.1.1. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין - שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

3.8.1.2. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד 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 לסכום הנקוב בנספח 1.

3.8.1.3. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין - שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.

4. תקופת אכשרה: 90 יום.

פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן למניעת כאב.
- 1.2. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או על-ידי הרשויות המוסכמות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.
- 1.3. **תרופה ניסיונית** - תרופה שהשימוש בה מחייב קבלת אישור של ועדת הלסינקי;
- 1.4. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסכמות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטי או כוללני לשימוש ו/או היבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.5. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.6. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.7. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.8. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.9. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסכמות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.10. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.11. **רופא בית חולים** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 1.12. **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.13. **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
 - ג. NICE
 - ד. ESMO Minimal Recommendation

2. מקרה הביטוח

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 להלן, או כלולה בסל התוויה 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. מובהר כי אישור מכוח סעיף 29/ג לפקודת הרוקחים (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) ייחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לתרופות הנדרשות לטיפול בסרטן. תרופה למחלה יתומה - 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.

3. חבות החברה ותגמולי הביטוח

- 3.1 החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות ו/או תשלם ישירות לנוטן השירות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בנספח 1 למקרה ביטוח לחדש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם. במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום הנקוב בנספח 1 לעניין סעיף זה למקרה ביטוח.
- 3.2 על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן, ובתנאי שעלות התרופה עולה על גובה השתתפות עצמית.
- 3.3 במקרה וקיבל המבוטח את התרופה משב"ן ושילם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.
- 3.4 מבוטח יפנה לאישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, לחברת הביטוח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל למבוטח ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.
- 3.5 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.

- 3.6. סכום הביטוח המרבי למבוטח שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד הסכום הנקוב בנספח 1 לכל תקופת ביטוח בת 3 שנים.
- 3.7. החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום הנקוב בנספח 1 ליום ועד 60 יום.

4. חריגים מיוחדים

- 4.1. בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
- 4.1.1. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר תכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.
- 4.1.2. תרופה ניסיונית.
- 4.1.3. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.
- 4.1.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 4.1.5. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים (למעט מצב בו נדרש המבוטח לקבל חיסון לטיפול במחלה פעילה) 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.
- 4.1.6. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למוטב בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
- 4.1.7. המוטב נשא נוגדנים למחלת צהבת לסוגיה השונים לפני מועד תחילת הביטוח.

5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל

החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל-183 יום בשנה למעט באם שהייה היא במסגרת ניתוח, ו/או השתלה שמכוסים ע"י המבטח. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה, יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

6. תקופת אכשרה: 90 יום.

פרק ג': כיסוי לניתוחים בחו"ל

וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

נוסח מפרק זה לעניין מחליפי ניתוח יעודכן בתוך 90 ימים ממועד תחילת הביטוח ובהתאם לאישור הפיקוח לעניין תכנית המסגרת.

1. הכיסוי הביטוחי

- 1.1. **מקרה הביטוח:** ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח בחו"ל במהלך תקופת הביטוח ובתנאי שמקרה הביטוח אירע במהלך תקופת ההסכם.
- 1.2. **הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח באורח מלא וישיר עבור מלוא הוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתל, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז בחו"ל עד סכום הביטוח המפורט בנספח 1.
- 1.3. **תחליף ניתוח:** טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק מבוטח, ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהמבוטח נדרש לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, הרופא אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות ספציפית בתחום בו נדרש הטיפול, הרופא המבצע את הטיפול בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) ואשר רשומה כדין בפנקס המרפאות בישראל או בבית חולים או מרפאה בחו"ל. תחליף ניתוח ייחשב גם מצב בו נדרש הטיפול הרפואי באמצעות תחליף ניתוח ולא קיימת אינדיקציה לביצוע הניתוח עצמו מסיבות רפואיות או אחרות.
- 1.4. **טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של ועדת הלסינקי.
- 1.5. **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:
 - 1.5.1. **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:** במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית כמפורט בנספח 1 להלן. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח והפוך בעת החזרה לישראל.
 - 1.5.2. **כיסוי להוצאות טיסה ושהייה בחו"ל:** במקרה של ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 10 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים), לכל תקופת האשפוז ואת הוצאות הטיסה של המבוטח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.
 - 1.5.3. **כיסוי להוצאות הטסת גופה:** המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 3 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל.

1.5.4. **כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:** מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד סכום ביטוח כמפורט בנספח 1.

1.5.5. **כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח:** בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול הרפואי שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות שהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים) לתקופה של 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.

2. תנאים מיוחדים לנספח זה

2.1. הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותאום הניתוח, יעשו ישירות על ידי החברה. בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את החברה באופן מידי וימסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח, תגמולי הביטוח יוגבלו לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבטח לנותני שירות שבהסכם.

2.2. החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

3. חריגים מיוחדים לפרק זה

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

3.1. ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים.

3.2. טיפולי פיזיותרפיה, טיפולים אלטרנטיביים וכימותרפיה לא ייחשבו כתחליף ניתוח על פי הוראות פרק זה.

פרק ד': כיסוי מורחב לניתוחים

וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - כיסוי מ"שקל ראשון"

1. מקרה הביטוח

ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח במהלך תקופת הביטוח. תנאי מוקדם להתחייבות המבוטח הוא אישורה מראש ובכתב למבוטח את זכאותו לביצוע ניתוח. במידה ולא אושרה זכאותו לניתוח מראש, יקבל שיפוי בגובה ספקי הסכם של המבוטח.

2. ההוצאות המכוסות בגין ביצוע ניתוח

2.1 שכר מנתח בבי"ח פרטי:

בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות רופא שבהסכם עם המבוטח, יהיה זכאי לכיסוי מלא ללא תקרת סכום שיפוי של עלות הרופאים. בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות רופא אחר, ישפה המבוטח את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן מקור, בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל על ידי המבוטח בגין שכר טרחת הרופא ובלבד שתקרת השיפוי תהיה לפי הסכום המקסימלי שהיה משולם על ידי המבוטח למנתח בהסכם, בגין אותו ניתוח או ניתוח דומה או זהה כמפורט באתר האינטרנט של המבוטח שכתובתו: www.harel-group.co.il. למען הסר ספק, במידה וניתוח לא מופיע באתר האינטרנט ההתייחסות תהיה לניתוח דומה.

2.2 שכר רופא מרדים:

כיסוי הוצאות הרופא המרדים בגין הרדמה שבוצעה במבוטח בעת ניתוח פרטי לרבות בגין בדיקה קדם ניתוחית, בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות מרדים שבהסכם עם המבוטח, יהיה זכאי לכיסוי מלא ללא תקרה של עלות המרדים. בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות מרדים אחר, ישפה המבוטח את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן מקור, בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל על ידי המבוטח בגין שכר טרחת המרדים ובלבד שתקרת השיפוי תהיה לפי הסכום שהיה משולם על ידי המבוטח למרדים בהסכם, בגין אותו ניתוח או ניתוח דומה או זהה כמפורט באתר האינטרנט של המבוטח למען הסר ספק במידה וניתוח לא מופיע באתר האינטרנט של החברה שכתובתו: www.harel-group.co.il ההתייחסות תהיה לניתוח דומה.

2.3 אשפוז בבית חולים במקרה ניתוח פרטי:

כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים פרטי. לרבות שהות בטיפול נמרץ, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, בדיקות אבחון והדמיה, תרופות לרבות תרופות אשר אינן כלולות בסל הבריאות, וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.

במידה ובית החולים לא יממן את ההוצאות הנ"ל, ישלם המבוטח ויקבל מהמבוטח ייפוי כוח לתבוע את בית חולים על זכאותו.

2.4 הוצאות חדר ניתוח בבית חולים פרטי:

כיסוי ההוצאות עבור חדר ניתוח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע למבוטח.

2.5 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:

המבוטח ישלם ישירות לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח פרטי, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח.

3. כיסויים נוספים בגין מקרה ביטוח

מבטוח אשר עבר ניתוח או תחליף ניתוח על פי הוראות פרק ג' או פרק ד' לעיל, בנוסף לכיסוי ההוצאות הרפואיות כמפורט בפרק ג' או ד' בהתאמה, יהיה זכאי לכיסוי בגין השירותים המפורטים להלן, עד סכום הכיסוי הביטוחי המצוין בנספח 1 לכל סעיף וסעיף.

3.1. התייעצויות עם רופאים מומחים לפני ואחרי ניתוח:

המבטוח ישפה את המבטוח בגין שתי התייעצויות לפני הניתוח ושתי התייעצויות אחרי הניתוח, אצל רופא מומחה שיבחר ע"י המבטוח ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבטוח. המבטוח ישפה את המבטוח בגין התייעצויות גם אם בסופו של דבר יוחלט שלא לבצע את הניתוח. המבטוח ישפה את המבטוח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצויות/עד תקרה כמפורט בנספח 1 ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות. ידרוש המבטוח מהמבטוח שיפוי רק בגין חלק מעלות התייעצות יקוּזוּ הסכום עליו ויותר המבטוח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם.

3.2. תותבת-אביזר מושל (למעט תותבת שיניים):

בוצע במבטוח בבית חולים ציבורי או פרטי ניתוח או תחליף ניתוח או טיפול רפואי אחר, ובמהלכו הושל במבטוח שתל, ישתתף המבטוח בעלות השתל הנ"ל עד לתקרה כמפורט בנספח 1 להלן, כנגד מסירת חשבונית מס מקורית או העתק נאמן למקור ולא יותר מההוצאה בפועל אשר הוציא המבטוח. למען הסר ספק, יובהר כי בגין עדשה מולטי פוקאלית המושלתל במהלך ניתוח קטרקט, יישא המבטוח בתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 25% מעלות העדשה.

3.3. אחות/פרטי/ת לאחר ניתוח:

כיסוי לשכר אחות/פרטי/ת לאחר ניתוח עד לסך כמפורט בנספח 1 להלן ועד 14 ימי אשפוז. התשלום ישולם כנגד הגשת קבלות מקוריות או נאמן למקור או לחילופין הצהרה של האחיות או אשור בית החולים בדבר ביצוע השמירה הפרטית.

3.4. שירותי הסעה באמבולנס:

החזר הוצאות למבטוח בגין שירותי אמבולנס של מגן דוד אדום או של חברה אחרת - עד לתקרה של 150% מתעריף מד"א, עבור העברתו של המבטוח לבי"ח פרטי בישראל או ממנו או העברתו בין בתי-חולים בישראל עקב ניתוח בבי"ח פרטי או בי"ח ציבורי אחר בישראל.

3.5. בדיקות מעבדה:

בדיקות מעבדה ובדיקות אבחון הנדרשות לצורך ביצוע הניתוח ואשר בוצעו טרם האשפוז או במהלך האשפוז. המבטוח זכאי לשיפוי גם אם הניתוח לא בוצע ובתנאי שהבדיקות בוצעו בהנחיית רופא מנתח כהכנה לניתוח, ועד סכום ביטוח מרבי של כמפורט בנספח 1. יובהר כי השיפוי בגין תחליף ניתוח בכל מקרה לא יעלה על עלות הניתוח אותו הוא מחליף.

4. כיסויים ייחודיים לפרק הניתוחים

4.1. תשלום במקרה מוות במהלך ניתוח:

נפטר המבטוח בעת ניתוח או במהלך 14 ימים מהיום בו עבר ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה, כתוצאה ישירה מביצוע הניתוח, ישלם המבטוח ליורשיו של המבטוח על פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה פיצוי בסך המפורט בנספח 1 להלן.

4.2. אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מניתוח (למבוטח מעל גיל 21 ולא יותר מגיל 70):
המבוטח ישלם למבוטח, במקרה של אובדן כושר עבודה מלא, זמני או קבוע, שנגרם כתוצאה מניתוח שעבר המבוטח במהלך תקופת הביטוח, פיצוי חודשי כמפורט בנספח 1 להלן, לאחר 30 ימי המתנה ולתקופה מרבית בת 12 חודשים.

מובהר כי במקרה של אובדן כושר עבודה כאמור לעיל, המבוטח ישחרר את המבוטח ו/או את בעל הפוליסה מתשלום דמי הביטוח, כל עוד ימצא המבוטח במצב של אובדן כושר עבודה.

4.3. מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת איידס או הפטיטיס B:

נדבק המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח המכוסה בפרק זה, יהיה זכאי למענק חד פעמי בסך הנקוב בנספח 1, ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח. נדבק המבוטח בהפטיטיס B כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח המכוסה בפרק זה, יהיה זכאי למענק חד פעמי בסך הנקוב בנספח 1, ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

5. חריגים מיוחדים לפרק זה

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבוטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

5.1. ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים.

5.2. טיפולי פיזיותרפיה, טיפולים אלטרנטיביים וכימותרפיה לא ייחשבו כתחליף ניתוח על פי הוראות פרק זה.

5.3. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, 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 שדיים במקרה בו קיים צורך רפואי; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה על פי קריטריונים של משרד הבריאות לניתוח זה, ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות, תאונות, ניתוחים או שברים שנגרמו או בוצעו במהלך תקופת הביטוח כמו גם ניתוח לתיקון חיך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה 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.

6. תנאים מיוחדים לפרק זה

המבוטח לא יהא אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י המבוטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

7. תקופת אכשרה: 90 יום.

פרק ה': כתב שירות - "לצורך בעת צרה"

בכפוף לתשלום הפרמיה כסדרה המבוטח יהיה זכאי לקבלת השירותים על פי כתבי השירות המצוינים להלן ועל פי התנאים שנקבעו בין המבוטח לספק השירות שזהותו תקבע על ידי המבוטח.

מבוא

המנוי יהיה זכאי לשירותים הכלולים בכתב שירות זה, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, ובלבד שצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה הינו בתוקף עבור המנוי.

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדמ:

- 1.1. **אחות** - אחות שהוסמכה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל, **שהספק קשור עמה** בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.
- 1.2. **גיל המנוי** - ההפרש בין תאריך לידת המנוי לבין המועד הרלוונטי שבו נבדק גיל המנוי. גיל המנוי יימנה בשנים שלמות, כאשר חלק משנה הקטן ממחצית השנה יעוגל כלפי מטה וחלק משנה השווה למחצית השנה או גדול ממחצית השנה יעוגל כלפי מעלה. לדוגמא: מנוי שנולד ביום 15.5.2000 והמועד הקובע שלו הוא 1.1.2010, ייחשב במועד הקובע לבן 10 אך על פי שטרם חגג את יום הולדתו העשירי.
- 1.3. **דמי מנוי** - הסכומים שעל המנוי לשלם לחברה מדי חודש בין השירותים, כנקוב בדף פרטי הביטוח, וזאת כתנאי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה.
- 1.4. **דף פרטי הביטוח** - מסמך המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה, והמצוינים בו כל פרטי המנוי ופרטים נוספים הנוגעים לכתב שירות זה.
- 1.5. **החברה** - הדרך ה-15 בע"מ.
- 1.6. **המועד הקובע** - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, כפי שהוא מופיע בדף פרטי הביטוח.
- 1.7. **הפוליסה** - הפוליסה שאליה מצורף כתב שירות זה.
- 1.8. **השירות או השירותים** - השירותים הניתנים בהתאם למפורט בכתב שירות זה הוראותיו, חריגיו וסייגיו, כולם או מקצתם ועל פי הקשר הדברים.
- 1.9. **השתתפות עצמית** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים לפי כתב שירות זה, ככל שנדרש, כמפורט בכתב שירות זה, אם נדרש.
- 1.10. **מנוי** - אדם אשר שמו/ה ותעודת זהותו/ה נקוב בדף פרטי הביטוח כמנוי/ה בכתב שירות זה.
- 1.11. **מוקד השירות או המוקד** - שירות טלפוני הפעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ביום הכיפורים, החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד מוצאי יום הכיפורים, שעתיים לאחר סיום הצום, שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה ושספר הטלפון שלו הנו 073-2291301. מספר הטלפון של מוקד השירות ניתן לשינוי ו/או עדכון בכל עת בכפוף למתן הודעה על כך למנויים.
- 1.12. **מרפאת הסדר** - מרפאה הקשורה עם הספק בהסכם במועד פניית המנוי לצורך קבלת השירות.
- 1.13. **נותן שירות שבהסכם/הסדר** - רופא, מרפאה וכל גוף אחר המספק שירות מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה, שהספק קשור עמם בהסכם תקף במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות.
- 1.14. **ספק השירות או הספק** - כל ספק, כפי שתקבע החברה לצורך מתן השירותים על פי כתב שירות זה.

- 1.15. **רואה חשבון** - אדם אשר הוסמך/ה כרואה/ת חשבון על ידי השלטונות המוסמכים בישראל ולשכת רואי החשבון.
- 1.16. **רואה חשבון שבהסכם/הסדר** - רואה חשבון, **שהספק קשור עמו/ה** בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.
- 1.17. **יועץ מס** - אדם אשר הוסמך/ה כיועץ מס על ידי השלטונות המוסמכים בישראל.
- 1.18. **יועץ מס שבהסכם/הסדר** - יועץ מס **שהספק קשור עמו/ה** בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.
- 1.19. **רופא** - מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, **למעט רופא וטרינר ורופא שיניים**.
- 1.20. **רופא שבהסכם/הסדר** - רופא מומחה שהספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.
- 1.21. **רופא מומחה** - רופא שהוסמך לעסוק בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, ושתחום מומחיותו רלוונטי למתן שירותים על פי כתב שירות זה.
- 1.22. **רופא מומחה שבהסכם/הסדר** - רופא מומחה שהספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המנוי אליו לצורך קבלת השירות.
- 1.23. **יועץ לביטוח רפואי** - אדם בעל רקע וניסיון מוכח בתחום הביטוח הרפואי המועסק על ידי הספק כאחראי על תחום הביטוח הרפואי.
- 1.24. **תקופה אכשרה** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי במועד הקובע ונמשכת 90 יום. **המנוי אינו זכאי לשירותים על פי כתב שירות זה במהלך תקופת האכשרה**. תקופה האכשרה תחול על כל מנוי פעם אחת בלבד כל עוד כתב שירות זה הנו בתוקף, למעט במקרה בו צורך המנוי לכתב שירות זה מחדש (לאחר תקופה שבה לא רכש את השירותים שבכתב השירות), במקרה זה תחול תקופת האכשרה מחדש בכל פעם שבה צורך המנוי לכתב שירות זה מחדש, לתקופות שירות בלתי רצופות.
- 1.25. **תקופת השירות** - כמפורט בכתב שירות זה.
- כל האמור בכתב שירות זה בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים, וכל האמור בלשון זכר, משמעו גם בלשון נקבה, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.
- כתרת הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמנה לצורך פרשנות.

2. הזכאות לשירות

במקרים בהם קיים אבחון על ידי רופא או חשד רפואי (חוות דעת) מתועד על ידי רופא, של מחלה ו/או בעיה רפואית הדורשים טיפול באמצעות פרוצדורה רפואית כגון ניתוח, טיפול כימותרפי, הקרנות וכדומה (להלן: "**מצב רפואי**"), המנוי יהא זכאי לשירותים על פי כתב שירות זה במשך כל תקופת הביטוח אילו מצורך כתב שירות זה.

3. השירותים

- 3.1. השירותים הכלולים בכתב שירות זה הנם על ידי נותן שירות שבהסדר בלבד או שהספק קשור עמו בהסכם כמפורט להלן, ושירותים אלו בלבד:
- 3.1.1. מוקד יועץ רפואי טלפוני.
- 3.1.2. מתן מידע לגבי רופאים בישראל המומחים לגבי מצב הרפואי של המנוי. יינתנו לפחות שלושה רופאים על פי ותק וניסיון בתחום הנדרש.
- 3.1.3. מתן מידע לגבי בית חולים לביצוע ניתוח ואפשרויות קבלת טיפול רפואי בחו"ל.

- 3.1.4 מתן מידע לגבי הזכויות המגיעות מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 ועל פי תכנית השב"ן (תכנית המנוהלת על ידי קופות החולים לשירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים כהגדרתו בחוק הבריאות) שברשות המבוטח.
- 3.1.5 התייעצות עם רופא למימוש הזכויות עקב מצב רפואי מול הביטוח הלאומי, כמפורט בסעיף 4.5 להלן.
- 3.1.6 הכוונה רפואית להגשת דרישה לקבלת החזרי מס על רקע רפואי.
- 3.2 קבלת השירותים הנה על ידי נותני שירות שבהסכם.
- 3.3 קבלת השירותים על פי כתב מנוי זה מותנית בכך שהפוליסה של המנוי תהיה בתוקף כמפורט בסעיף 9.3.1 להלן.

4. היקף השירותים

- 4.1 מוקד ייעוץ רפואי טלפוני:
 - 4.1.1 המנוי זכאי לייעוץ רפואי טלפוני של רופא מטעם הספק, באמצעות מוקד השירות לעניין מצב רפואי כהגדרתו לעיל.
 - 4.1.2 לצד פעילות מוקד השירות כמוגדר לעיל, שירות המנויים לקבלת ייעוץ מהרופא על פי סעיף 5.1.1 לעיל, יינתן באמצעות בימים א' ועד ה' בין השעות 08:00 ועד 17:00.
 - 4.1.3 שיחת הייעוץ עם הרופא תתקיים בהקדם האפשרי, ולא יאוחר משעתיים ממועד הפנייה של המנוי למוקד השירות.
 - 4.1.4 מובהר במפורש כי הייעוץ הנו טלפוני בלבד, אינו כולל פגישה פנים אל פנים עם הרופא, ויינתן בהתאם לשיקול דעתו ולהחלטתו של הרופא כי ניתן לייעץ בעניין המבוקש במסגרת שיחה טלפונית בלבד, ללא כל בדיקה של המנוי ופגישה עמו פנים אל פנים.
- 4.2 מתן מידע לגבי רופאים המומחים במצב הרפואי של המנוי:
 - 4.2.1 מתן מידע לפחות לגבי שלושה רופאים בישראל המומחים במצב הרפואי של המנוי.
 - 4.2.2 מנוי אשר מעוניין בשירות, יפנה למוקד ומסור את פרטי המצב הרפואי ויקבל מהספק בכתב או בטלפון תוך 24 שעות רשימה של שלושה רופאים מומחים.
 - 4.2.3 מובהר, כי בחירת הרופא המומחה תעשה בלעדית על ידי המנוי ועל אחריותו בלבד.
 - 4.2.4 השירות אינו כרוך בתשלום של השתתפות עצמית.
- 4.3 מתן מידע לגבי בית חולים ואפשרויות קבלת טיפול רפואי לגבי המצב הרפואי:
 - 4.3.1 מתן מידע לגבי בית חולים לקבלת טיפול לגבי המצב הרפואי של המנוי.
 - 4.3.2 מנוי המעוניין בשירות, יפנה למוקד ומסור את פרטי המצב הרפואי שלו וכן חומר רפואי נלווה כפי שיתבקש על ידי הספק ויקבל תוך 7 ימי עבודה רשימה של מספר בתי חולים אשר באפשרותם לטפל במצבו הרפואי של המנוי.
 - 4.3.3 מובהר, כי בחירת בית החולים תעשה בלעדית על ידי המנוי ועל אחריותו בלבד.
 - 4.3.4 השירות אינו כרוך בתשלום של השתתפות עצמית.
- 4.4 מתן מידע לגבי הזכויות המגיעות מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי ו/או על פי תכנית השב"ן בה חבר המנוי:
 - 4.4.1 המנוי יהיה זכאי לקבלת מידע לעניין הזכויות המגיעות לו עקב המצב הרפואי בו הוא שרוי מהשב"ן הרלוונטי לקופת החולים בה הוא חבר ו/או מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

- 4.4.2 מנוי אשר מעוניין בשירות, יפנה למוקד וימסור את פרטי מצבו הרפואי ואת השאלות לגביהם הוא מבקש לקבל תשובה ויקבל תוך 7 ימי עבודה פירוט לגבי הזכויות המגיעות לו מהשב"ן שברשותו ו/או לגבי הזכויות המגיעות לו מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי בהקשר למצבו הרפואי.
- 4.4.3 השירות אינו כרוך בתשלום של השתתפות עצמית.
- 4.5 **התייעצות עם רופא למימוש זכויות רפואיות עקב מצב רפואי מהמוסד לביטוח לאומי:**
- 4.5.1 המנוי זכאי לעד שתי פגישות עם רופא שבהסדר לצורך קבלת ייעוץ והכוונה בדבר מימוש זכויות המגיעות לו מהביטוח הלאומי וזאת על רקע מצבו הרפואי כפי שהציג אותו בפני רופא שבהסדר.
- 4.5.2 השירות אינו כולל הכנת מסמכים, ביצוע פעולות משפטיות או אחרות בשמו של המנוי בפני גורמים כלשהם ו/או התייצבות עמו או בלעדיו אצל רשויות כלשהן הקשורות במימוש הזכויות.
- 4.5.3 השירות אינו כולל הבטחה בדבר הצלחה, באופן כלשהו, של תוצאות ההמלצה בפניית המנוי עימה למוסד לביטוח לאומי ו/או בפעולות שניקוט המנוי בעקבות ההמלצה מול המוסד לביטוח לאומי.
- 4.5.4 השירות אינו כרוך בתשלום של השתתפות עצמית.
- 4.6 **הכוונה רפואית להגשת דרישה לקבלת החזרי מס על רקע רפואי:**
- 4.6.1 המנוי זכאי לפגישה אחת שאורכה שעה וחצי עם רואה חשבון שבהסדר או יועץ מס שבהסדר, לצורך בדיקת היתכנות, לשם קבלת החזרי מס המגיעים לו עקב מצבו הרפואי.
- 4.6.2 מוקד השירות יעביר למנוי את רשימת המסמכים שעליו להכין לפגישה הייעוץ.
- 4.6.3 השירות אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית.
- 4.6.4 השירות אינו כולל הבטחה בדבר הצלחה, באופן כלשהו, של תוצאות ההמלצה בפניית המנוי עמה לרשויות המס ו/או בפעולות שניקוט המנוי בעקבות ההמלצה מול רשויות המס, אלא בדיקת התכנות בלבד והמלצות לפעולה.

5. אופן קבלת השירותים

- 5.1 מנוי הזכאי לקבל שירות על פי כתב שירות זה יפנה טלפוני למוקד השירות, יזדהה בשמו ויצוין את מספר תעודת הזהות שלו, את כתובתו, את מספר הטלפון שבו ניתן להשיגו ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שבגינו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש.
- 5.2 לשם מתן השירות, ימסור המנוי למוקד השירות ו/או לנותן השירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שידרשו ממנו מוקד השירות ו/או נותן השירות, לפי העניין.
- 5.3 בשירותים שבהם צוין הדבר בכתב שירות זה יהא המנוי חייב בתשלום השתתפות עצמית כתנאי לקבלת השירותים. המנוי ישלם את דמי ההשתתפות העצמית לנותן השירות או לחברה, בהתאם להנחיות החברה.
- 5.4 המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות שממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם, שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות. רשימת נותני השירותים שבהסכם תשתנה מעת לעת, תוך שמירה על פריסה גיאוגרפית דומה לזו שהייתה ערב העדכון.
- 5.5 השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 5.6 על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
- 5.7 עם סיום כל טיפול, יחתום המנוי על ספח ביקורת שיקבל מאת נותן השירות המאשר את קבלת השירות.

- 5.8. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד, או בשטחים המוחזקים הנמצאים בשליטת ישראל.
- 5.9. במקרה של סדרת טיפולים, המנוי עצמו יתאם את מועדי יתר הטיפולים (מלבד הטיפול הראשון) ישירות עם נותן השירות שבהסכם, אלא אם צוין אחרת בכתב שירות זה.
- 5.10. השירותים על פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.
- 5.11. אם יבקש מנוי לבטל את פנייתו לקבלת שירות על פי כתב שירות זה, עליו להודיע על כך למוקד השירות באופן מידי ולא פחות מ-12 שעות בטרם מועד הטיפול. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם. מובהר כי אם לא יודיע המנוי על הביטול כאמור, ייחשב כאילו מימש את אותו שירות לכל דבר ועניין, לרבות ולעניין השתתפות העצמית (ככל ונדרש לשלם על פי כתב שירות זה) ולעניין הזכאות למספר מסוים של שירותים.

6. קבלת השירותים בעת שירות צבאי

יובהר כי השימוש, בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע) בכתב שירות זה, כפוף להוראות הצבא הנחיותיו, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל את המנוי או למנוע ממנו, בעת שירותו הצבאי, קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשפיע על מימוש הזכויות המגיעות למנוי בהתאם לתנאי כתב שירות זה. המידע בדבר הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המנוי נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

7. חריגים

הסייגים והחריגים המצויים בפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה יחולו גם על השירותים הניתנים במסגרת כתב השירות.

8. דמי מנוי

שיעורם של דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח.

9. תוקפו של כתב שירות זה

- 9.1. כתב שירות זה ייכנס לתוקף החל מהמועד הקובע.
- 9.2. תוקפו של כתב שירות זה יהיה למשך שנה, והוא יתחדש מאליו לתקופות נוספות של שנה אחת כל אחת, אלא אם החברה תודיע לכלל המנויים אחרת.
- 9.3. תוקפו של כתב שירות זה יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
- 9.3.1. במועד ביטול הפוליסה, כהגדרתה בסעיף 1 לעיל, מכל סיבה שהיא.
- 9.3.2. בתום תקופת כתב שירות זה על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.
- 9.3.3. בכל מקרה שבו זכאית החברה לסיים את כתב השירות בהתאם להוראות כל דין לרבות בגין אי-תשלום דמי מנוי במלואם.
- 9.4. להסרת כל ספק יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא בהתאם למפורט לעיל, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה. יובהר כי אם פנה המנוי לקבלת שירותים בטרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, זכאי המנוי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה עד תום ובכפוף לאישור הספק מראש כמפורט לעיל.
- 9.5. המנוי רשאי, בכל עת, לבטל כתב שירות זה בהודעה בכתב לחברה.
- 9.6. בוטל כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תחדל החברה לגבות מהמנוי פרמיה בגין כתב שירות זה.

10. תנאי הצמדה

- 10.1. כל הסכומים הנקובים בכתב השירות, לרבות דמי המנוי וסכומי ההשתתפות העצמית, יהיו צמודים למדד באופן שאם המדד החדש יעלה על מדד הבסיס, יגדל התשלום החדש בשיעור עליית המדד החדש לעומת מדד הבסיס.
- 10.2. "המדד" משמעו מדד המחירים לצרכן, כולל פירות וירקות, המתפרסם מדי פעם בפעם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, וכולל אותו מדד אף אם יתפרסם על ידי כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ואם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיתפרסם על ידי גוף או מוסד כאמור, ואותו גוף או מוסד לא יקבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, ייקבע היחס האמור על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 10.3. "מדד הבסיס" יהיה המדד כמפורט בדף פרטי הביטוח.
- 10.4. המדד החדש" יהיה המדד הידוע בראשון לחודש בו מבוצע התשלום.

11. שונות

- 11.1. הזכות לקבלת השירות על פי כתב זה הנה אישית ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 11.2. כל התשלומים הנקובים בכתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. אם יחול שינוי בשיעור המע"מ, יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
- 11.3. אם רשומים בפוליסה כמה מנויים הזכאים לכתב שירות זה, הרי שהודעות שנשלחו למנוי הראשי כהגדרתו בחברה, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב לחברה, ייחשבו כהודעות שנמסרו לכלל בני המשפחה.
- 11.4. המנוי מתחייב להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתו, ולא תישמע תענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה לידי המנוי, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.
- 11.5. כל הודעה ו/או הצהרה לחברה ו/או למי מטעמה תימסר בכתב.

12. מקום השיפוט

- בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך בישראל.

פרק ו': שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות אלו הן בנוסף להגדרות הכלליות בפרק המבוא ולהגדרות שלעיל:

- 1.1. "בדיקות רפואיות אבחנתיות" - בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T) בדיקות אנדוסקופיות באמצעות מצלמה וכל בדיקה אבחונית אחרת הנדרשת על - פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו.
- 1.2. "ניתוח גדול" - ניתוח גדול כהגדרתו במסגרת פרק זה הוא: השתלה, ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 1.3. "בדיקות ושירותים להריון" -
 - 1.3.1. סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, קנוון.
 - 1.3.2. בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.3.3. בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.3.4. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.5. סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.6. בדיקת מי שפיר או סיסי שליה.
 - 1.3.7. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.

2. **מקרה הביטוח** - המבטח ישפה את המבוטח/ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. התחייבות המבטח

שירותי ייעוץ רפואי ובדיקות אמבולטוריות

3.1. התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:

המבטח ישפה את המבוטח בגין שלוש התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה לרבות גנטיקאי ופרמקולוג בשנת ביטוח, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצויות/יות עד תקרה כמפורט בנספח 1 ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות הכוללת של התייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות התייעצות יקוזז הסכום עליו ויותר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם.

3.2. כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל:

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, על - פי האמור בנספח 1, לפי הנמוך ביניהם, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת ישולם בגין הוצאות טיסה עד הסכום הנקוב בנספח 1.

3.3. בדיקות רפואיות אבחנתיות:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות ביצוע בדיקות הדמיה כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב לשם אבחון בעיה רפואית.

3.4. כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהיסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח על-פי האמור בנספח 1, לפי הנמוך ביניהם, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.5. חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה

המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לרופא רדילוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה כמפורט בנספח 1.

בדיקות ושירותים אונקולוגיים

3.6. טיפולים אונקולוגיים:

המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות 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, על-פי האמור בנספח 1. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.

שירותים רפואה גנטיים

3.7. בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות:

בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או מינון, סוג התרופה וכדומה. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבטח לא יותר מהסכום הכולל הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.8. טיפול ע"י מקרופאגים:

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת, ולא יותר מהסכום המפורט בנספח 1 להלן.

שירותים רפואה קרדילוגיים

3.9. מנוי לשירותי משדר קרדילוגי:

המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 1 לחודש ועד 24 חודשים.

3.10. 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 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 1 ועד 9 חודשים.

שירותים רפואה כלליים

3.11. שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול:

המבטח ישתתף בהוצאות שהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם שהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 1 ליום ועד 14 יום.

3.12. טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

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

המבטח ישתתף בהוצאות 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 ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום הנקוב בנספח 1 ועד 12 טיפולים.

3.14. חדר מלח:

המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור. בכפוף להפניית רופא מומחה. עד 12 טיפולים בשנה ועד סכום ביטוח בנספח 1.

3.15. שיקום הליכה ויציבה

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או אביזר דומה, לטיפול בהפרעה נוירולוגית או אורתופדית הפוגמת ביכולת ההליכה של המבוטח כתוצאה מפגיעה מוחית. מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום ובכפוף לאמור בנספח 1.

3.16. אביזרים רפואיים:

המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות לרכישת פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, משאבת אינסולין וסד גבס קל עד הסכומים הנקובים בנספח 1 בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20%.

בדיקות ושירותים להריון

3.17. בדיקות הריון

המבטח ישלם למבוטח/ת תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל, ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1 למבוטח/ת לכל הריון.

3.18. טיפולי הפריה חוץ גופית

המבטח ישלם למבוטח 75% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי הפריה חוץ גופית (I.V.F.), בתנאי שהטיפול יבוצע על פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריון בישראל, וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1 לילד ועד לשני ילדים.

3.19. טיפולים לבעיות בהתפתחות הילד

המבטח ישלם למבוטח/ת תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הטיפולים שבוצעו בילד/ה עד גיל 7, בתנאי שהטיפול יבוצע על פי הפניית רופא מומחה בתחום, וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1 לשנה.

3.20. עזרה ראשונה לכאבי שיניים

המבטח יכסה הוצאות המבוטח במקרה של צורך בעזרה ראשונה לשיכוך כאבי שיניים במקרים כדלהלן וזאת עד הסכום הנקוב בנספח 1:

- 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.

3.21. טיפולי פיזיותרפיה אמבולטוריים

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי שבהסכם או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, עד 10 טיפולים לשנה למבוטח, עד הסכום הנקוב בנספח 1 לטיפול, כפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבוטח יהיה רשאי לקבל טיפול פיזיותרפי על פי הוראות פוליסה זו ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא אורתופד מומחה לאחר ניתוח ו/או תאונה.

4. שיפוי שב"ן

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי מקופת חולים ו/או השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים המפורטים בנספח 1.

5. תקופת אכשרה: 90 יום. במקרה של טיפולים הקשורים בהריון, תהא תקופת האכשרה בת 180 יום.

פרק ז': כתב שירות - שירותים רפואיים ייחודיים

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.

- 1.1. "ביקורופא" - חברת ביקורופא בע"מ.
- 1.2. "המבטחת" או "חברת הביטוח" - הראל חברה לביטוח.
- 1.3. "פוליסת הביטוח" - פוליסת ביטוח בריאות של המבטחת, הכוללת כתב שירות לשירותים רפואיים ייחודיים.
- 1.4. "מבוטח" - עובד פעיל אצל המבוטח ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדיהם עד גיל 21 אזרחי ארץ ישראל ששמו נקוב בקובץ הנתונים שיועבר מידי חודש לחברה על ידי המבוטח.
- 1.5. "המנוי" או "המשפחה המנויה" - מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.6. "רופא" - רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רשיון מטעם משרד הביטוח לעסוק ברפואה.
- 1.7. "מטפל" - פסיכולוג קליני, הרשאי על פי דין ליתן את השירות הרלוונטי למבוטח, ואשר ביקורופא התקשרה עמו בהסכם בקשר למתן שירות למנויה.
- 1.8. "רופא הסכם" - רופא אשר התקשר עם ביקורופא בהסכם למתן שירות ביקור רופא לילי כהגדרתו להלן למנויה.
- 1.9. "מוקד השירות" - מוקד טלפוני ארצי בקו ירוק מס' 1-800-260-660 (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.
 - 1.10. "המדד" - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
 - 1.11. "מדד הבסיס" - כמפורט בפוליסה.
 - 1.12. "חג" - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

2. שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה

2.1. השירות

- 2.1.1. המנוי יהא זכאי לקבל שירותי מידע ושירותים נוספים כמפורט להלן ושירותים אלה בלבד (להלן - "שירותי המידע"):
 - 2.1.1.1. **שירותי מידע ברפואת ילדים** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת ילדים על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת ילדים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.
 - 2.1.1.2. **שירותי מידע ברפואת משפחה** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת משפחה על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת משפחה, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.
 - 2.1.1.3. **שירותי מידע ברפואת נשים** - מתן מידע טלפוני כללי על מחלות זיהומיות בתחום רפואת נשים, מידע כללי על בדיקות שונות במהלך ההיריון, מידע על בריחת סידן מהעצם, וזאת על ידי רופא מומחה ברפואת נשים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.
 - 2.1.1.4. **שירות מידע ברפואה גריאטרית** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום הגריאטריה, על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואה גריאטרית, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.

- 2.1.1.5 **שירות פסיכולוגי - "קו חם"** - סיוע פסיכולוגי טלפוני בנושאי ילדים, נשים ומשפחה, לרבות גיל ההתבגרות, התמכרויות שונות והמשך לימוד במוסדות חינוך, על ידי פסיכולוג, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.
- 2.1.1.6 **שירותי מידע לדיאטה ותזונה נכונה** - מתן מידע טלפוני בתחום הדיאטה והתזונה, על-ידי דיאטן קליני או תזונאי הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
- 2.1.2 מוקד השירות יפעל לקבלת הקריאות לשירותי המידע על פי כתב שירות זה, בדיקת זכאות הפונה לקבל את שירותי המידע והפנית הפונה לקבלת אחד משירותי המידע, המפורטים בסעיפים 2.1.1.1 - 2.1.1.6 לעיל.
- 2.2 **היקף שירותי המידע**
- 2.2.1 מובהר במפורש, כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותי מידע טלפוני בלבד, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם יינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שיחה טלפונית וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים. למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא תימנע שיחה טלפונית עם נותן השירות, והיה ולפי שיקול דעת נותן השירות, לא ניתן ליתן את השירותים ללא בדיקה של המנוי, יודיע זאת לפונה נותן השירות עצמו.
- 2.2.2 מובהר, כי שירותי המידע אינם בגדר שירותי חירום, וכי אין הם באים להחליף התייעצות פנים מול פנים, בכל מקום שהיא דרושה.
- 2.2.3 מוקד השירות יופעל לקבלת פניות של מנויים לקבלת שירותי המידע על פי כתב שירות זה במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.
- 2.2.4 שירותי המידע יינתנו בהקדם האפשרי, ולא יאוחר מ-30 דקות ממועד הפנייה של המנוי למוקד השירות.
- 2.2.5 שירותי המידע יינתנו ללא כל הגבלה של מספר הפניות של המנוי.
- 2.3 **כללי**
- 2.3.1 נזקק המנוי לשירותי המידע כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומס' תעודת הזהות של המנוי.
- 2.3.2 מוקד השירות יקשר את המנוי לנותן השירות הרלוונטי לאחר שיוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את שירותי המידע על פי כתב שירות זה.
- 2.3.3 מחויבותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפולו בפנייה של מנוי לקבלת שירותי המידע תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:
- 2.3.3.1 קישור המנוי לנותן השירות הרלוונטי.
- 2.3.3.2 ביטול הפנייה לקבלת איזה משירותי ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.
- 2.3.4 האחריות בגין איכות שירותי המידע ו/או בגין רשלנות מקצועית תחול על נותן שירות המידע הרלוונטי בלבד, וביקורופא לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 2.3.4.1 איכות שירותי המידע נשוא כתב שירות זה.
- 2.3.4.2 רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.

2.3.4.3. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול החורג משירותי המידע המפורטים בכתב שירות זה.

2.3.5. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל מובהר, כי נתן שירותי המידע, שייתן בפועל את שירותי המידע, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן שירותי המידע, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ביקורופא ו/או חברת הביטוח אינן המעסיקות של נותני שירותי המידע והן לא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

3. שירות ביקור רופא לילי

3.1. השירות

3.1.1. המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט בסעיף 3.1.2 להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם (להלן - "שירות ביקור רופא לילי"). שירות ביקור רופא לילי יינתן בביתו של המנוי או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המנוי הנזקק לשירות, או שהמנוי הנזקק לשירות יופנה לקבלת שירות ביקור רופא לילי באחד ממוקדי שירות ביקור רופא לילי המופעלים על ידי ביקורופא, הנמצא בסמוך למקום הימצאו (להלן - "המוקד הרפואי"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכל לפי בחירת המנוי (ובכפוף לשעות הפעילות של המוקדים הרפואיים כאמור להלן). האמור לעיל כפוף לסעיפים 3.2.4 ו-5.3 להלן.

3.1.2. המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט להלן:

3.1.2.1. מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי.

3.1.2.2. בדיקה גופנית של המנוי לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ-דם, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.3. קביעת אבחנה רפואית.

3.1.2.4. בדיקת א.ק.ג. באמצעות קרדיו-ביפר על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.5. קבלת תרופות ראשוניות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.6. קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.7. הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה / רופא ילדים, המטפל במנוי באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.8. הפניית המנוי לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.9. מתן תעודה רפואית.

3.1.2.10. **פינוי חינוך באמבולנס** - במקרה שרופא ההסכם שבדק את המנוי בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על פינוי באמבולנס, תשלם ביקורופא למנוי את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל **במקור בלבד** לביקורופא, ובתנאי שהמנוי אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא חבר.

3.2 כללי

3.2.1 שירות ביקור רופא לילי על פי כתב שירות זה יינתן כל ימות השנה מהשעה 20:00 עד 07:00 למחרת. בימי ו' וערבי חג שירות ביקור רופא לילי יינתן ברציפות מהשעה 20:00 ביום ו' / ערב החג ועד השעה 07:00 ביום א' / היום שלמחרת החג. כל קריאה לקבלת השירות צריכה להיות מופנית למוקד השירות לא לפני השעה 20:00 ולא יאוחר מהשעה 06:00.
המוקדים הרפואיים יופעלו בין השעות 20:00 עד 24:00 ובשבתות וחגים גם בין השעות 10:00 עד 14:00.
שירות ביקור רופא לילי לא יינתן בערב יום כיפור וביום כיפור עד שעתים לאחר תום הצום.

3.2.2 נזקק המנוי לשירות רפואי לילי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, מקום המצאו, שם המנוי ומס' הטלפון של בית המגורים של המנוי (המהווה את מספר המנוי של המשפחה המנויה אצל ביקורופא).

3.2.3 שירות ביקור רופא לילי יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.

3.2.4 שירות ביקור רופא לילי ניתן בכל מקום ישוב בשטחי מדינת ישראל או השטחים המוחזקים אשר נמצאים בשליטת מדינת ישראל. במקרה שספק השירות לא יוכל לספק שירות זה באזור שקיבל פנייה לגביו, יקבל המנוי, לאחר פנייתו למוקד השירות וקבלת אישור בהתאם, אחד מאלה: אם יפנה לקבלת שירות רפואי אצל גורם רפואי אחר, החזר - עד לסך של 250₪ לפנייה בניכוי דמי השתתפות עצמית כנקוב בכתב השירות. זאת לאחר הצגת קבלה מקורית או בהעדר קבלה מקורית, כנגד העתק בצירוף הסבר למי נשלחה הקבלה המקורית ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם המנוי בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. לחילופין, המנוי יהיה רשאי לקבל ייעוץ רפואי טלפוני, על ידי רופא מטעם ספק השירות.

3.2.5 עם תום הביקור יחתום המנוי או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ערך את ביקור הבית בבית החולה או נתן את שירות ביקור רופא לילי במוקד הרפואי.

3.2.6 בחר המנוי לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע החולה למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבון.

3.3 אחריות

3.3.1 מחויבותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפול בקריאה של מנוי לקבלת שירות ביקור רופא לילי תסתיים במוקדם או בהתרחש אחד משני האירועים המפורטים להלן:

3.3.1.1 הגעת רופא הסכם לבית המנוי או הפניית החולה למוקד הרפואי הסמוך למקום הימצאו, בכפוף לאמור בסעיפים 3.2.4 ו-3.3-5.

3.3.1.2 ביטול הקריאה לקבלת שירות ביקור רופא לילי ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.

3.3.2 האחריות בגין איכות שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על רופא ההסכם הרלוונטי בלבד, וביקורופא לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

3.3.2.1 איכות שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה.

3.3.2.2 רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה.

- 3.3.2.3. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 3.3.2.4. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפולים או שירותים על ידי רופא אחר שאינו רופא הסכמ.

4. שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים

4.1. השירות

המנוי יהא זכאי לקבל, לפי שיקול דעתו הבלעדי, שירותי חירום ועזרה ראשונה ברפואת שיניים כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד, וזאת באמצעות מרפאות שיניים ברחבי הארץ (את רשימת מרפאות השיניים באזור מגורי המנוי ניתן לקבל במוקד השירות) (להלן - "שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים"):

- 4.1.1. עששת נרחבת - סתימה זמנית.
- 4.1.2. חלל פתוח בשן - סתימה זמנית.
- 4.1.3. צוואר שן חשוף - חומר למניעת רגישות.
- 4.1.4. דלקת חריפה - עקירת עצב או חומר חניטה.
- 4.1.5. מורסה ממקור שן - ניקוז מורסה ו/או טיפול בסגר.
- 4.1.6. דחיסת מזון - טיפול בחניכיים.
- 4.1.7. דלקת סב כותרתית - שטיפה ו/או טיפול תרופתי.
- 4.1.8. דלקת חניכיים - הסרת אבנית מקומית ו/או טיפול תרופתי.
- 4.1.9. כאבים לאחר עקירה - שיכוך כאבים.
- 4.1.10. מכתשית יבשה - ניקוי מכתשית ו/או טיפול תרופתי.
- 4.1.11. דימום לאחר עקירה או פרוצדורה כירורגית - עצירת דימום.
- 4.1.12. פצעי לחץ תחת תותבת קיימת - שחרור פצעי לחץ.
- 4.1.13. נפילת כתרים - הדבקה זמנית.
- 4.1.14. כל טיפול נוסף הנובע מכאב שיניים - יינתן טיפול להקלה או להפסקת הכאב.
- 4.1.15. בדיקה וצילום השיניים הכואבות.
- 4.1.16. מתן מרשם מתאים לשיכוך הכאב במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת.

4.2. כללי

- 4.2.1. כל טיפול החורג מגדר שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים יינתן בתשלום, לפי בקשת המנוי.
- 4.2.2. שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום, ובכפוף לאמור להלן:
- בין השעות 20:00 עד 08:00 בבוקר למחרת - שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק במרפאות תורניות הנמצאות בירושלים, תל-אביב, חיפה ובאר שבע.
- 4.2.3. נזק המנוי לשירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, יפנה המנוי טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, וימסור את הפרטים המצוינים בסעיף 3.2.2 לעיל. מוקד השירות יפנה את המנוי למרפאת השיניים התורנית הקרובה. מובהר, כי שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק לפי הפניה של מוקד השירות כאמור לעיל.
- 4.2.4. שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו כנגד הצגת תעודת זהויה.

4.3. אחריות

מובהר בזאת כי מרפאות השיניים הן המעסיקות של רופאי השיניים שיתנו את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים על פי כתב שירות זה, והן בלבד תהיינה אחראיות לכל טיפול שיתנו רופאי שיניים אלה לפי כתב שירות זה.

מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, תהא מרפאת השיניים הרלוונטית שתיתן בפועל את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, והיא בלבד, אחראית לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ביקורופא ו/או כל מי מטעמה שיארגן את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים (למעט מרפאת השיניים עצמה) ו/או המבטחת לא תהיה אחראית כלפי המנוי בכל מקרה ובכל עניין.

5. שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי

5.1. השירות

5.1.1. המנוי יהיה זכאי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי (להלן: "שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי"), אשר במסגרתם יהיה זכאי לפגישות פנים מול פנים עם מטפל (להלן - "פגישות ייעוץ אישיות").

5.1.2. מובהר בזאת כי שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי הינם טיפולים הנעשים בקליניקות פרטיות בלבד, ללא צורך באשפוז או טיפול במעון יום או כל התערבות מוסדית אחרת.

5.2. כללי

5.2.1. נזקק המנוי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומס' תעודת הזהות שלו.

5.2.2. מוקד השירות יפנה את המנוי למטפל לאחר שיוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על פי כתב שירות זה.

5.2.3. פגישות הייעוץ האישיות תיערכנה עם אחד המטפלים אשר ביקורופא התקשרה עימו בהסכם. מובהר, כי המטפל שנתן את הייעוץ הראשוני למנוי, לא יבצע בהכרח את פגישות הייעוץ האישיות עם המנוי, ואולם הוא יהיה זה שימסור למנוי, את שם המטפל שיבצע את פגישות הייעוץ (להלן - "המטפל") ואת מספר הטלפון שלו, בין במסגרת שיחת הייעוץ הטלפוני ובין במועד מאוחר יותר.

5.2.4. על המנוי, לפנות טלפונית בעצמו, אל המטפל בפועל על מנת לתאם עמו מועד לפגישת הייעוץ האישיות הראשונה והפגישות שתבואנה אחריה.

5.2.5. פגישות הייעוץ האישיות תיערכנה במועד שיתואם ישירות בין המנוי לבין המטפל בפועל כאמור לעיל.

פגישת הייעוץ האישיות הראשונה תיערך בתוך שבוע ימים ממועד הפנייה של המנוי אל המטפל.

במקרים דחופים, על פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך שני ימי עבודה ממועד הפנייה של המנוי למטפל בפועל, אלא אם המנוי יבקש שתיערך במועד מאוחר יותר.

5.2.6. פגישות הייעוץ האישיות יערכו בימי עבודה ובשעות העבודה המקובלות אצל המטפל.

5.2.7. פגישות הייעוץ האישיות, יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה במועד פגישת הייעוץ הראשונה.

- 5.2.8 פגישות הייעוץ האישיות תערכנה במשרדו של המטפל, כאשר המנוי הנזקק לשירות יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבון אל המטפל. מובהר בזאת כי השירות אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המנוי.
- 5.2.9 עם תום פגישת הייעוץ יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי המטפל בפועל קיים את פגישת הייעוץ האישית.
- 5.2.10 המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו ובמספר הטלפון של ביתו.
- 5.2.11 במקרה שהמנוי יבקש לבטל פגישת ייעוץ כלשהי, יודיע על כך ישירות למטפל בפועל לפחות יום עבודה אחד מראש. למען הסר ספק מובהר, כי במקרה שהמנוי לא יודיע על ביטול פגישת הייעוץ לפחות יום עבודה אחד מראש, יחויב המנוי בדמי טיפול עבור אותה פגישת ייעוץ.
- 5.3 הגבלות וחריגים
- 5.3.1 המנוי יהיה זכאי לכל היותר ל-12 פגישות ייעוץ לכל שנת ביטוח.
- 5.3.2 למטפלים, לפי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקק לטיפול אחר שלא לטפל בפנייה של המנוי ולהפנותו לשירותי חירום ציבוריים.
- 5.3.3 השירות על פי כתב שירות זה לא יינתן במקרה שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של מרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.
- 5.3.4 שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על פי כתב שירות זה לא יינתנו במקרים שעל פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל הינם מקרים של אוטיזם, פיגור שכלי, מצבים פסיכוסטיים כרוניים, הפרעות נוירולוגיות של התפתחות, שימוש והתמכרות לסמים ועבריינות.
- 5.3.5 למנוי הזכות לבקש להחליף את המטפל, ובמקרה זה ביקורופא תעשה כמיטב יכולתה על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר עימו התקשרה ביקורופא בהסכם, ובלבד שהחלפת המטפל לא תסתור את שיקול הדעת המקצועי של המטפל המקורי בפועל.
- 5.3.6 למטפל שיקול הדעת המקצועי המלא והבלעדי להפנות את המבוטח למטפל אחר במערך של ביקורופא.
- 5.3.7 השירות לא יינתן במקום שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, קיים רקע אורגני לסבלו של המנוי או חשד לרקע אורגני, המצריך על פי הוראות כל דין בדיקה של רופא בסמוך לתחילת הטיפול, אלא אם נמסר למטפל בפועל אישור בכתב של הרופא הקובע את הטיפול הדרוש.
- 5.3.8 השירות על פי כתב שירות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.
- 5.4 אחריות
- 5.4.1 מחויבותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפול בקריאה של מנוי לקבלת השירות תסתיים בהתרחש אחד משני האירועים המפורטים להלן, המוקדם מבין שניהם:
- 5.4.1.1 הפניית קריאתו של המנוי לייעוץ טלפוני או הפניית המנוי למטפל לצורך פגישת ייעוץ, לפי העניין.
- 5.4.1.2 ביטול הקריאה לקבלת הייעוץ הטלפוני על ידי הודעת המנוי למוקד השירות.

6. כללי

- 6.1. הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 6.2. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה לרופא ההסכם שיצר עמו קשר טלפוני או לנותן איזה משירותי המידע.
- 6.3. על אף האמור בכתב שירות זה, ביקורופא לא תהא מחויבת על פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי בנותני שירות או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות ביקורופא למנועו.
- 6.4. בכל ענין הקשור בקבלת השירותים על פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד.
- 6.5. המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו, במספר הטלפון של ביתו ועל כל שינוי בבני המשפחה המנויה.

7. השתתפות עצמית

- 7.1. שירותי המידע יינתנו ללא כל תשלום של דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי לביקורופא.
- 7.2. שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו ללא כל תשלום של דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי לביקורופא.
- 7.3. שירות ביקור רופא לילי, יינתן כנגד תשלום דמי השתתפות עצמית בסך של 25 ₪ (עשרים וחמישה ש"ח) בגין כל מנוי שניתן לו שירות ביקור רופא לילי במסגרת אותו ביקור (בין אם ביקור בית או ביקור במוקד הרפואי). המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם, שביצע את שירות ביקור רופא לילי את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל.
- כמו כן המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם תמורה בגין תרופה בבקבוקים או תרופה באמפולות או זריקות, במידה ותרופות כאמור יינתנו לו ע"י רופא ההסכם.
- 7.4. ייעוץ וסיוע פסיכולוגי יינתן כנגד תשלום השתתפות עצמית בסך של 80 ₪ לפגישה הראשונה ובתשלום וסך של 100 ₪ לכל אחת מ-11 הפגישות הנוספות. המנוי ישלם ישירות למטפל, את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל.
- 7.5. הסכומים האמורים כוללים מע"מ בשיעור של 17%. היה יוחול שינוי בשיעור המע"מ ישתנו סכומים אלה בהתאם.
- 7.6. הסכומים הנ"ל צמודים למדד ממדד הבסיס ואולם הם יעודכנו אחת ל-12 חודשים בלבד.
- 7.7. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, תהא ביקורופא רשאית להפסיק ליתן את השירותים למשפחה המנויה לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

8. תקופת תוקפו של כתב השירות

- תוקפו של כתב שירות זה כל עוד פוליסה זו בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבטחיה או במקרה בו הוסכם ע"י החברה ובעל הפוליסה על ביטול כתב השירות במהלך תקופת הביטוח או בסיומה.
- אולם, מבטח אשר החל בקבלת שירותי סיוע ויעוץ פסיכולוגי ימצא את זכותו עד לסיום אותה סדרת מפגשים לאותה שנת ביטוח בלבד.

פרק ח': כיסוי ניתוחים מעבר לשב"

(למבוטחים שיבחרו בכיסוי זה)

בפרק זה ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאותיו לכל הניתוחים בארץ ובחו"ל, עפ"י התנאים המפורטים להלן:

כמועד קרות מקרה הביטוח יחשב המועד בפועל בו בוצע הניתוח אצל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

כמקרה הביטוח יחשב הניתוח ו/או תחליף ניתוח שהמבוטח עבר במהלך תקופת הביטוח.

1. ביצוע ניתוח או תחליף ניתוח בישראל

1.1. מבטח שברשותו שב"ן:

בכפוף לתשלום הפרמיה כסדרה, ישפה המבטח את המבוטח בגין **מלוא הוצאותיו** עבור ניתוח או תחליף ניתוח שערך בישראל, ובלבד שהוכר על ידי השב"ן שברשותו. המבוטח ישופה כאמור לעיל, בגין כל ההוצאות שהיו לו עבור הניתוח שערך כמפורט בסעיף 2 להלן, לרבות בגין תשלומי השתתפות עצמית שהיו לו, **מעבר להוצאות** שכוסו ושולמו בגין הניתוח על ידי השב"ן בו הוא חבר.

במידה והשב"ן לא הכיר בניתוח ולא מימן את עלותו, ישופה המבוטח בגין כל ההוצאות שהיו לו עבור הניתוח שבוצע בו כמפורט בסעיף 2 להלן ובלבד שהמבוטח המציא למבטח אישור מהשב"ן בו הוא חבר, בו מצוין שהשב"ן אינו מכיר ו/או אינו מכסה, ניתוח זה למבוטח בחלקו או במלואו.

המבוטח ישופה כנגד חשבונית מס, מקורית או "העתק נאמן למקור", המעידה על התשלום ששילם בגין ההוצאות הרפואיות הכרוכות בניתוח, מעבר לכיסוי אשר ניתן על ידי השב"ן. יבקש המבוטח לעבור הניתוח אצל רופא אשר אינו מוכר על ידי השב"ן אולם נמצא בהסכם עם המבטח (**רופא הסכם**), יוכל לעבור את הניתוח אצל אותו הרופא, בתאום עם המבטח. שכר טרחתו של הרופא יכוסה במלואו על ידי המבטח ועלויות ביה"ח והאשפוז יכוסו על ידי המבטח בניכוי השתתפות השב"ן.

יובהר כי השיפוי בגין תחליף ניתוח בכל מקרה לא יעלה על עלות הניתוח אותו הוא מחליף.

1.2. מבטח שאין ברשותו שב"ן:

מבוטח אשר אין ברשותו שב"ן ישופה בגין ההוצאות בפועל שהיו לו עבור ביצוע הניתוח או תחליף ניתוח בישראל, ובכפוף להשתתפות עצמית בסך המפורט בנספח 2 להלן, לכל מקרה ביטוח. המבוטח יהיה רשאי לעבור את הניתוח באמצעות ספקי השירותים שבהסכם עם המבטח (**רופא הסכם, בית חולים שבהסכם**), בכפוף לתשלום השתתפות עצמית כמפורט בנספח 2 להלן.

2. ההוצאות המכוסות בגין מקרה ביטוח כאמור בסעיפים 1 לעיל

2.1. שכר מנתח בבי"ח פרטי:

כיסוי הוצאות בהתאם לסוג הניתוח שבוצע, אשר לא יעלה על הסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל, ועד לתקרת הסכום הגבוה, הקבוע למנתחי הסכם של המבטח, עבור הניתוח או תחליף הניתוח שבוצע. בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות רופא שבהסכם עם המבטח, יהיה זכאי לכסוי מלא של עלות הרופא/ים, למעט אם נדרש לתשלום השתתפות עצמית כאמור בסעיף 1.2 לעיל.

2.2. שכר רופא מרדים:

כיסוי הוצאות הרופא המרדים בגין הרדמה שבוצעה במבוטח בעת ניתוח פרטי לרבות בגין בדיקה קדם ניתוחים, אשר לא יעלה על הסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל ועד לתקרת הסכום הגבוה, הקבוע של המבוטח עבור מרדים, בהתאם לסוג הניתוח שבוצע. בחר המבוטח לבצע את הניתוח באמצעות מרדים שבהסכם עם המבטח, יהיה זכאי לכסוי מלא של עלות המרדים, למעט אם נדרש לתשלום השתתפות עצמית כאמור בסעיף 1.2 לעיל.

2.3. אשפוז בבית חולים במקרה ניתוח פרטי:

כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים בחדר בן 1-2 מיטות לתקופה שלא תעלה על 30 ימים. לרבות שהות בטיפול נמרץ, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.

2.4. הוצאות חדר ניתוח בבית חולים פרטי:

כיסוי ההוצאות עבור חדר ניתוח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע למבוטח.

2.5. הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:

המבוטח ישלם ישירות לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח פרטי, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח.

3. כיסויים נוספים בגין מקרה ביטוח

בנוסף לאמור לעיל ומעבר לסכום המוגדר לעיל, ישפה או יפצה המבוטח את המבוטח, בגין השירותים המפורטים להלן, עד סכום הביטוח המצוין בכל סעיף וסעיף.

3.1. התייעצויות עם רופאים מומחים לפני ואחרי ניתוח:

המבוטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות התייעצות מוקדמת אחת עם המנתח אשר ביצע בפועל את הניתוח והתייעצות אחת עימו אחרי הניתוח וכן התייעצות נוספת אחת לפני ניתוח אצל רופא מומחה שיבחר ע"י המבוטח שלא ביצע את הניתוח, על פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. הכיסוי לכל התייעצות יהיה עד תקרה כמפורט בנספח 2 ובהשתתפות עצמית של 20%. מבוטח אשר יכסה את הוצאות התייעצויות באמצעות השב"ן של הקופה בה הוא חבר, יוכל לקבל שיפוי מלא ללא השתתפות עצמית בגין ההפרש בין הסכום ששולם ע"י השב"ן עבור התייעצות לבין ההוצאה בפועל אך לא יותר מ-751 ש"ח.

3.2. תותבת-אביזר מושלם (למעט תותבת שיניים):

בוצע במבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי ניתוח או תחליף ניתוח או טיפול רפואי אחר, ובמהלכו הושלם במבוטח אביזר לצרכים רפואיים לרבות תומך וסקולארי (סטנט) מכל סוג שהוא מפרק מלאכותי או חומרי סיכוך המזורקים לפרקים וכדומה (להלן: "תותבת"), ישתתף המבוטח בעלות התותבת הנ"ל עד לתקרה כמפורט בנספח 2 להלן, כנגד מסירת חשבונית מס מקורית או העתק נאמן למקור ולא יותר מההוצאה בפועל אשר הוציא המבוטח. במקרים בהם קיים כיסוי לתותבת בשב"ן, יכסה המבוטח את ההפרש שבין ההוצאה בפועל לרכישת האביזר לבין הכיסוי שניתן למבוטח במסגרת השב"ן, אך לא יותר מהאמור בנספח 2.

3.3. אחות פרטית/לאחר ניתוח:

כיסוי לשכר אחות פרטית/לאחר ניתוח עד לסך כמפורט בנספח 2 להלן. התשלום ישולם כנגד הגשת קבלות מקוריות או נאמן למקור.

3.4. שירותי הסעה באמבולנס:

החזר הוצאות למבוטח בגין שירותי אמבולנס של מגן דוד אדום או של חברה אחרת - על פי תעריף מד"א, עבור העברתו של המבוטח לבי"ח פרטי בישראל או ממנו או העברתו בין בתי-חולים בישראל עקב ניתוח בבי"ח פרטי או בבי"ח ציבורי אחר בישראל.

3.5. בדיקות מעבדה:

בדיקות מעבדה ובדיקות אבחון הנדרשות לצורך ביצוע הניתוח ואשר בוצעו טרם האשפוז או במהלך האשפוז. המבוטח זכאי לשיפוי גם אם הניתוח לא בוצע ובתנאי שהבדיקות בוצעו בהנחיית רופא מנתח כהכנה לניתוח, ועד סכום ביטוח מרבי של כמפורט בנספח 1. יובהר כי השיפוי בגין תחליף ניתוח בכל מקרה לא יעלה על עלות הניתוח אותו הוא מחליף.

3.6. תשלום במקרה מוות במהלך ניתוח:

נפטר המבוטח בעת ניתוח או במהלך 7 ימים מהיום בו עבר ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה, ישלם המבטח ליורשיו של המבוטח על פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה פיצוי בסך המפורט בנספח 2 להלן, בתנאי שהמבוטח מעל גיל 21 ולא יותר מגיל 67.

4. ניתוח בחו"ל

4.1. תנאי מוקדם לחבות המבטח:

יבקש המבוטח לבצע ניתוח בבית חולים פרטי בחו"ל, יהיה רשאי לעשות זאת בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי המבטח ושההתקשרות עם נותני השירות הרפואי ותאום הניתוח, ייעשו ישירות על ידי המבטח ובכפוף להשתתפות עצמית של ₪4,000.

4.2. תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח:

בקרנות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לספק השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח, כמפורט להלן: שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת. בנוסף יכסה המבטח גם את ההוצאות המפורטות להלן:

4.2.1. כיסוי להוצאות הטסה רפואית:

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מירבית כמפורט בנספח 2 להלן. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגילי או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

4.2.2. כיסוי להוצאות שהייה בחו"ל:

במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 10 ימים, החברה תכסה את הוצאות השהייה של מלווה אחד, לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 2 להלן לכל יום שהייה, לתקופה מרבית של 30 יום.

4.2.3. כיסוי להוצאות הטסת גופה:

המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 3 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל.

5. חריגים מיוחדים לפרק זה

סעיף החריגים הכלליים בפוליסה שאליה צורף נספח זה וכן כל תנאי וחריגי הכיסוי לניתוחים חלים אף על נספח זה. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה במקרים הבאים:

5.1. ניתוחי חירום למעט אם ניתן אישור המבטח בדיעבד, תוך פרק זמן סביר התלוי בנסיבות הניתוח.

- 5.2 השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל שאינם ניתנים לביצוע בישראל.
- 5.3 מקרה ביטוח שארע למוטב השוהה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.
- 5.4 טיפולי פיזיותרפיה, טיפולים אלטרנטיביים וכימותרפיה לא ייחשבו כתחליף ניתוח על פי הוראות פרק זה.
6. תנאים מיוחדים לנספח זה
- 6.1 בהיוודע למוטב על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את חברה באופן מיידי וימסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח.
- 6.2 החברה לא תהא אחראית לכל נזק שייגרם למוטב ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המוטב ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.
7. תקופת אכשרה
- תקופת האכשרה היא בת 90 יום.

נספח 1

רשימת גבולות אחריות המבטח

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק א' השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים בחו"ל	3.1	השתלות בארץ או בחו"ל	במסגרת ההסכם - שיפוי מלא. לא בהסכם - שיפוי עד 5,000,000 ₪ בכפוף למגבלות הסכומים המפורטים להלן.
	3.2	טיפול בחו"ל	במסגרת ההסכם - שיפוי מלא. לא בהסכם - עד 800,000 ₪.
	3.4.1	הוצאות בגין בדיקות לאיתור האיבר להשתלה כולל איתור תורם מח עצם	עד 200,000 ₪.
	3.4.2	קציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ההשתלה	עד 200,000 ₪.
	3.4.3	שימוש בלב מלאכותי לפני השתלת לב	עד 1,000,000 ₪.
	3.4.4	הוצאות נסיעה לחו"ל - עד שלוש נסיעות למקרה ביטוח	עד 25,000 ₪.
	3.4.5	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת	עד 100,000 ₪.
	3.4.6	הוצאות לשהייה בחו"ל לאדם	עד 1,000 ₪ ליום ועד 200,000 ₪.
	3.4.8	טיפולי המשך לאחר ההשתלה או טיפול מיוחד	עד 150,000 ₪.
	3.4.10	מעקב בחו"ל	עד 30,000 ₪.
	3.6	פיצוי חד פעמי טרם ביצוע ההשתלה	עד 350,000 ₪.
	3.7.1	גמלה לאחר השתלת האיברים הבאים: כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, מעי לבלב, כליה, כליה-לבלב, שחלה ורחם	6,000 ₪ למשך 24 חודשים. 6,000 ₪ למשך 12 חודשים.
	3.8.1.1	הוצאות טיסה לטיפול ניסיוני	עד 20,000 ₪.
	3.8.1.2	הטסה רפואית	עד 100,000 ₪.
3.8.1.3	הוצאות שהייה	עד 1,000 ₪ ליום לאדם.	
פרק ב' תרופות שאינן בסל הבריאות	3.1	השתתפות עצמית של המבוטח	215 ₪ לחודש למקרה ביטוח ועד מקסימום 429 ₪ לחודש לכל המרשמים. בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ₪ לחודש או בגין תרופה למחלת הסרטן, לא תידרש השתתפות עצמית.
	3.6	סכום השיפוי המרבי	עד מיליון וחצי ש"ח לשלוש שנים. סכום ביטוח מתחדש אחרי שלוש שנים.
	3.7	תשלום בגין טיפול רפואי נלווה	215 ₪ לכל טיפול.

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק ג' כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	1.2	ניתוח בחו"ל בכפוף לאישור המבטח מראש	בית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. בית חולים שלא בהסכם - שיפוי עד 200% מעלות ניתוח פרטי עם מוסדות רפואיים שבהסכם עם חברת הביטוח בארץ.
	1.5.1	כיסוי להטסה רפואית	עד 85,000 ש.
	1.5.2	כיסוי להוצאות טיסה	עד 25,000 ש.
	1.5.2	הוצאות שהיה	עד 1,000 ש ליום ולא יותר מ-30 ימים.
	1.5.4	הבאת מומחה לישראל	שיפוי עד 100,000 ש.
פרק ד' כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ	1.5.5	הוצאות שהיה למבטח לאחר ניתוח	עד 700 ש ליום ולא יותר מ-5 ימים.
	3.1	התייעצויות לפני/אחרי ניתוח	עד 1,100 ש לכל התייעצות.
	3.2	שתל	עד 50,000 ש למקרה ביטוח.
	3.3	שכר אחות/לאחר ניתוח	עד 750 ש ליום ועד 14 ימי אשפוז.
	3.5	בדיקות אבחון ומעבדה כהכנה לניתוח	עד 10,000 ש.
	4.1	מוות כתוצאה ישירה מניתוח עד 7 ימים לאחר הניתוח	108,000 ש.
	4.2	אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מניתוח	פיצוי בסך של 2,500 ש לחודש ועד 12 חודשים.
	4.3	הפטיטיס B	108,000 ש.
	4.3	הידבקות באייДС	215,000 ש.
	פרק ו' שירותים אמבולטוריים	3.1	התייעצות עם רופא מומחה
3.2		כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל	עד סכום ביטוח מרבי של 5,500 ש
		הוצאות טיסה ושהיה עבור חוות דעת שנייה בחו"ל, במידה והמבטח נדרש לכך	עד סכום ביטוח מרבי של 4,500 ש
3.3		בדיקות רפואיות אבחנתיות	
		בדיקת CT	1,288 ש
		בדיקת MRI	4,293 ש
		בדיקת אולטרה סאונד	537 ש
	בדיקת דופלר	537 ש	
	בדיקת PET	3,756 ש	
	בדיקת רנטגן	268 ש	
	כל בדיקה אבחנתית אחרת	עד 1,500 ש	
	בכפוף להשתתפות עצמית של 20%		
3.4	חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	עד 4,500 ש למקרה ביטוח	
3.5	חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה	עד סכום ביטוח מרבי של 3,000 ש למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	
3.6	טיפולים אונקולוגיים	107,317 ש לכל שנת ביטוח	

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק ו' שירותים אמבולטוריים	3.7	בדיקות גנטיות	עד 10,000 ₪ למקרה ביטוח ובהשתתפות עצמית של 25%
	3.8	טיפול ע"י מקרופאגים	עד 4,000 ₪ למקרה ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%
	3.9	מנוי למשדר קרדילוגי	עד 161 ₪ לחודש 25% השתתפות עצמית
	3.10	התעמלות שיקומית	עד 134 ₪ לחודש 25% השתתפות עצמית
	3.11	החלמה לאחר ניתוח גדול	עד 376 ₪ ליום לא יותר מ 14 יום השתתפות עצמית של 25%
	3.12	דום נשימה והפרעות נשימה בשינה	עד 3,756 ₪ לשנת ביטוח השתתפות עצמית 25%
	3.13	שיקום דיבור/ראיה/ריפוי בעיסוק לאחר אירוע מוחי	עד 161 ₪ לטיפול עד 12 טיפולים בשנת ביטוח השתתפות עצמית של 25%
	3.14	טיפול בחדר מלח	עד 120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח. השתתפות עצמית של 20%
	3.15	שיקום הליכה ויציבה	עד 7,000 ₪ לתקופת ביטוח 20% השתתפות עצמית
	3.16	אביזרים רפואיים	עד 1,073 ₪ לאביזר
	3.17	בדיקות הריון	עד 3,500 ₪ למבוטח להריון ועד 5,000 ₪ להריון מרובה עוברים השתתפות עצמית 20%
	3.18	טיפולי הפריה חוץ גופית	עד 10,732 ₪ לילד ועד 2 ילדים. השתתפות עצמית 25%
	3.19	טיפולים בהתפתחות הילד	עד 2,146 ₪ לשנת ביטוח השתתפות עצמית 20%
3.20	עזרה ראשונה לכאבי שיניים	לאחר השעה 21:00 בימי חול או בשבתות וחגים עד 215 ₪ לטיפול	
3.21	טיפול פיזיותרפיה	עד 166 ₪ לטיפול	
פרק ח' ניתוחים בארץ ובחו"ל (למבוטחים שבחרו במסלול שב"ן)	1.2	השתתפות עצמית לניתוח אצל מבוטח אשר אין ברשותו שב"ן	עד 4,300 ₪ לכל מקרה ביטוח.
	3.1	התייעצות מוקדמת אחת עם המנתח ועם רופא מומחה נוסף, התייעצות אחת לאחר הניתוח עם המנתח	עד 966 ₪ לכל התייעצות ולא יותר משתי התייעצויות לפני ניתוח ואחת אחרי הניתוח לכל מקרה ביטוח.
	3.2	שתל	עד 26,900 ₪ למקרה ביטוח, למעט ל-PSI 32,200 ₪.
	3.3	שכר אחות לאחר ניתוח	עד 700 ₪ ליום ועד 8 ימי אשפוז.
	3.5	מוות לאחר ניתוח	107,300 ₪.
	4.2.1	הטסה רפואית	53,700 ₪.
	4.2.2	הוצאות שהייה בחו"ל	1,073 ₪ ליום ולא יותר מ-30 ימים.

נספח 2

תנאים כלליים:

סעיף	הכיסוי	תנאי הפוליסה	הערות
2.1	ילד יחשב עד לגיל	25	ילד שלישי ואילך חינם
4.1	תאריך התחלת הביטוח	01.02.2015	(להלן: "המועד הקובע")
4.1	תאריך סיום הביטוח	31.1.2022	(להלן: "תקופת ההסכם")

תנאי הפוליסה:

סעיף	הכיסוי	תנאי הפוליסה	הערות
3.1	הנחה למבוטח שעוזב את הביטוח ועובר לפוליסת פרט	25% לחמש שנים	
4.1	דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם	הפוליסה משולמת במלואה על ידי המבוטח	

דמי הביטוח החודשיים (בש"ח) הינם כדלקמן:

מבוטחים	פרמיה חודשית בש"ח
עובד/ת	199.53
בן/בת זוג, אלמן/ה, ילד מעל גיל 25, בן/בת זוג של ילד	199.53
ילד/נכד עד גיל 25	34.65

- ילד/נכד עד גיל 25, מהילד/נכד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.
- נכדים לא יצורפו לביטוח ללא 2 ההורים, למעט במשפחה חד הורית.
- נכדים יחושבו לכל בית אב בנפרד לצורך מתן ההטבה לנכד שלישי ואילך חינם.

דמי הביטוח החודשיים (בש"ח) למבוטח שיבחר במסלול המכסה ניתוחים עם תלות בשב"ן (פרק ח') הינם כדלקמן:

מבוטחים	פרמיה חודשית בש"ח
עובד/ת	192.06
בן/בת זוג, אלמן/ה, ילד מעל גיל 25, בן/בת זוג של ילד	192.06
ילד/נכד עד גיל 25	30.98

- ילד/נכד עד גיל 25, מהילד/נכד השלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה.
- נכדים לא יצורפו לביטוח ללא 2 ההורים, למעט במשפחה חד הורית.
- נכדים יחושבו לכל בית אב בנפרד לצורך מתן ההטבה לנכד שלישי ואילך חינם.

הפרמיות צמודות למדד שפורסם ב-15.9.2015 (12329 נקודות).

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 ניתוח פרטי?

למבוטחים במסלול - כיסוי מלא מהשקל הראשון:

- ליצור קשר עם אמיתי מהלל - ביטוח כללי ופנסיוני 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.
- מניסיונו, במרבית המקרים תבחר **ברופא הקשור בהסכם עם הראל** ואז, לאחר בדיקת הזכאות, תשלם הראל ישירות למנתח את שכרו וישירות לביה"ח עבור שירותיו.
- אם תבחר **ברופא שאינו קשור בהסכם עם הראל** אזי, לאחר בדיקת הזכאות, תשלם הראל ישירות לביה"ח עבור שירותיו. את שכר המנתח תשלם אתה והראל תחזיר לך, לאחר קבלת **הקבלה המקורית**, את שכר המנתח עפ"י הסכום שהיא משלמת למנתח מקביל המופיע ברשימת מנתחי ההסכם שלה.

ביצוע ניתוח באופן דחוף

- במקרה של ניתוח פרטי דחוף, הנך מתבקש להודיע לביה"ח ולמנתח כי הנך מוטב בביטוח רפואי בהראל.
- בהזדמנות הראשונה הודע **לאמיתי מהלל - ביטוח כללי ופנסיוני** בטלפון הרשום מטה על הניתוח והעבר את כל המידע הרפואי בצירוף **הקבלות המקוריות** על התשלומים ששילמת.

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

תוכנית הביטוח לבעלי ביטוח משלים בקופ"ח (מסוג "כללית מושלם", "מגן זהב", "מאוחדת עדיף" / "מאוחדת שיא", "לאומית ועוד" / "לאומית זהב"), היא תוכנית ביטוח ייחודית המונעת כפל כיסוי, תוך חסכון כספי ניכר. להלן, נוהל הגשת תביעה בעת הצורך בניתוח פרטי, במסגרת התוכנית (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 התחייבויות) 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.

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

- קופ"ח כללית - 2700*
- קופ"ח מכבי - 1-700-50-53-53
- קופ"ח מאוחדת - 3833*
- קופ"ח לאומית - 1-700-507-507

כיסוי לבעלי שב"ן (ביטוח משלים בקופ"ח)

ייתכנו 3 תגובות אפשריות של הביטוח המשלים בקופ"ח בעת תביעה לניתוח:

דחייה - דחיית התביעה לחלוטין ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח (כמו במקרה שבו מבוטח מצוי במהלכה של תקופת האכשרה בביטוח המשלים, או במקרה שבו סוג הניתוח אינו מוכר ע"י הביטוח המשלים - ניתוח קיסרי, בדיקות פולשניות כגון, אנדוסקופיות למיניהן); במקרה זה, יינתן לפעולה המבוקשת כיסוי מלא ע"י חברת הביטוח (בתנאי שהמבוטח זכאי לכיסוי אצל המבטח).

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.

בחלק מן הביטוחים המשלימים (מכבי, לאומית) לא יידרש המבוטח לכל תשלום נוסף, ובביטוחים האחרים (כללית, מאוחדת) יידרש המבוטח לשלם השתתפות עצמית לצורך ביצוע הניתוח, והחזר עבור תשלום זה הוא יקבל במסגרת תכנית הביטוח לבעלי שב"ן, כנגד הצגת קבלה מקורית, סיכום ניתוח וטופס תביעה כרגיל.

אישור שלא במסגרת הסכמי השב"ן - אישור התביעה ע"י הביטוח המשלים, אולם המנתח/בי"ח אינם מצויים בהסכם עם הביטוח המשלים. במקרה הנ"ל, לא ניתן לקבל מהביטוח המשלים התחייבויות לביצוע הניתוח, אלא רק החזר כספי בדיעבד לאחר הצגת קבלות מקוריות וסיכום ניתוח.

במקרה כזה יתבקש המבוטח לשלם לרופא ולביה"ח את עלות הניתוח ולהגיש את הקבלות לביטוח המשלים, ולאחר מכן להגיש לאגף התביעות את העתקי הקבלות בצירוף אישור על גובה החזר שנתקבל מהביטוח המשלים, וכן סיכום ניתוח וטופס תביעה. החזר יבוצע במסגרת תכנית הביטוח לבעלי שב"ן לפי הסכום שהיה משולם לספקי הסכם של הראל ובניכוי החזר שנתקבל מהביטוח המשלים.

יש להדגיש כי גם במקרה כזה חשוב וחיוני לפנות מראש אל חברת הראל בטלפונים הרשומים מטה או למוקד שירות לקוחות של הראל בטל: 1-800-44-5000 כדי לתאם ביצוע הניתוח.

מה לעשות כשצריך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל?

- עם היוודע הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד בחו"ל, ליצור קשר עם **אמיתי מהלל - ביטוח כללי ופנסיוני** בטלפון הרשום מטה, כדי לקבל הדרכה בתהליך התביעה במקרה השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.
- **להזמנת רופא לביקור לילי ו/או לשירותי מידע טלפוני לבריאות המשפחה ו/או לשירותי מעבדה עד הבית** יש להתקשר למוקד חברת ביקורופא 1-800-260-660.

אנו עומדים לרשותך בכל עת!

אמיתי מהלל - ביטוח כללי ופנסיוני

טל': 03-6292270

פקס: 03-6292280

מייל: amitay@tamy.co.il

מוקד חברת ביקורופא

■ שירות מידע טלפוני לבריאות המשפחה

■ שירות ביקור רופא לילי

■ עזרה ראשונה ברפואת שיניים

■ שירות סיוע וייעוץ פסיכולוגי

1-800-260-660

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000

פרטי התקשרות

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞

מוקד חברת ביקורופא

שירותי מידע טלפוני לבריאות המשפחה, שירות ביקור רופא לילי, עזרה ראשונה ברפואת שיניים, שירות סיעוד וייעוץ פסיכולוגי

1-800-260-660 📞

אמיתי מהלל - ביטוח כללי ופנסיוני

משה שרת 36, ת"א 6219910

03-6292270 📞

03-6292280 📠

amitay@tamy.co.il 📧