



ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי משרד הביטחון ובני משפחותיהם

עובדים/גמלאים יקרים,

ועד עובדי משרד הביטחון פועל רבות על מנת להעניק לכם ולבני משפחותיכם רשת ביטחית הכוללת סל שירותי בריאות מהמתקדמים שיש.

תכנית הביטוח במתכונתה החדשה כוללת עדכונים על פי המפקח על הביטוח, וכן שיפורים והרחבות בהיקף הכיסוי הביטוחי.

חברת ש.לוטיגר ושות' בע"מ תעמוד לרשותכם בייעוץ בנושאי ערעורים, בירורים וסיוע במיצוי זכויותיכם על פי תנאי הפוליסה.

חוברת זו כוללת את תנאי הביטוח החדש לרבות הכיסויים וההטבות שנוספו.

אנו מבקשים מכם לעיין בחוברת בתשומת לב ולבחון את הכיסויים הביטוחיים המוצעים לכם למול הביטוחים הקיימים אצלכם כיום ולמול הצרכים האישיים.

בברכת בריאות שלמה,

ששון פרץ

לינדה צדוק

יו"ר ועד עובדי משרד הביטחון

יו"ר ועדת ביטוחים

תוכן עניינים

4.....	גילוי נאות.....
19.....	פוליסה לביטוח בריאות לעובדי וגמלאי משרד הביטחון ובני משפחותיהם.....
19.....	פרק א': הגדרות כלליות.....
24.....	פרק ב': חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים.....
26.....	פרק ג': תנאים כלליים.....
41.....	פרק ד': השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל.....
48.....	פרק ה': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.....
53.....	פרק ו': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וביצוע בדיקות גנומיות.....
57.....	פרק ז': ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.....
60.....	פרק ז'(1): ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - במסלול משלים שב"ן.....
64.....	פרק ז'(2): ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - כולל השתתפות עצמית בגובה 3,000 ₪.....
68.....	פרק ח': שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל.....
70.....	פרק ט': מרפאת מומחים ובדיקות אבחון.....
74.....	פרק י': הצאות רפואיות נוספות.....
81.....	איך לנהוג בעת תביעה?.....

גילוי נאות

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

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי משרד הביטחון ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי משרד הביטחון ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	השתלול בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וביצוע בדיקות גנומיות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ או כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח - מסלול שב"ן או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית בסך 3,000 ₪, שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל, מרפאת מומחים ובדיקות אבחון, הוצאות רפואיות נוספות. *בהתאם למסלולים שנרכשו ע"י המבוטח.
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.5.2020 ועד ליום 30.4.2025.

תיאור
הביטוח

השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה.

ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.

תרופות שמחוץ לסל הבריאות

כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

או

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (לבעלי שב"ן)

מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

או

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית בסך 3,000 ₪:

כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין ובתשלום השתתפות עצמית של 3,000 ₪.

שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל

שירות רפואי או שיקומי שניתנו למבוטח בישראל, לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל במהלך תקופת הביטוח בישראל, כגון: שכר אח/אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח, שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי, החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר ועוד.

מרפאת מומחים ובדיקות אבחון

השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון: התייעצות עם רופא מומחה, שירות "רופא מלווה", בדיקות אבחנתיות ועוד.

הוצאות רפואיות נוספות

החזר הוצאות בגין: אביזרים רפואיים, טיפולי שיקום שלא לאחר ניתוח, בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות, כיסוי מיוחד לילדים, ייעוץ/טיפול פסיכולוגי/פסיכיאטר/עובד סוציאלי, רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי ועוד.

תמצית פרטי הפוליסה	
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה) באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה - פרק ב'. פרק ד': השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - סעיף 5. פרק ה': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 5. פרק ו': תרופות שמחוץ לסל הבריאות - סעיף 8. פרק ז': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 5. פרק ז'1: כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח - מסלול שב"ן - סעיף 6. פרק ז'2: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית בסך 3,000 ₪ - סעיף 4. פרק ט': מרפאת מומחם ובדיקות אבחון - סעיף 3.2.3, סעיף 6. פרק י': הוצאות רפואיות נוספות - סעיף 3.3.4, 3.4.9, 3.5.3.3, 3.7.3, 3.8.3, 3.9.2. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.	גובה הפיצוי הכספי שאקבל
פרק ד', סעיף 3.1.1.2 - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪ (לא יחול על השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית). בפרק ה', סעיף 3.6 - פיצוי חד פעמי בסך 200,000 ₪ מוות כתוצאה מניתוח. פרק ז': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. פרק ז'1: כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח - מסלול שב"ן, תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. פרק ז'2: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית בסך 3,000 ₪, תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. פרק ט': מרפאת מומחים ובדיקות אבחון, תקופת אכשרה של 6 חודשים. פרק י': הוצאות רפואיות נוספות, תקופת אכשרה של 6 חודשים למעט עבור בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פריית - תקופת אכשרה של 9 חודשים. ולמעט כיסוי מיוחד לילדים - תקופת אכשרה של 12 חודשים.	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
פרק ו': תרופות שמחוץ לסל הבריאות, השתתפות של 250 ₪ למרשם לחודש ועד שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית. אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 2,500 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית. השתתפות עצמית של 20% בגין ויטמינים ותוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן. פרק ז'2: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - השתתפות עצמית בסך 3,000 ₪. פרק ח': שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל, השתתפות עצמית של 20%. פרק ט': מרפאת מומחים ובדיקות אבחון, השתתפות של 20%. פרק י': הוצאות רפואיות נוספות, השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 2.1 לפרק זה.	השתתפות עצמית
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים

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

תמצית פרטי הפוליסה			עלות הביטוח
מסלול ניתוחים מלא ("מהשקל הראשון"):			
סוג מבטח	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר הכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון	פרמיה חודשית לעובד/גמלאי לאחר סבסוד המעסיק	
מבטח עד גיל 20	28.00 ₪	28.00 ₪	
מבטח בגיל 21-30	70.00 ₪	34.00 ₪	
מבטח בגיל 31-40	95.00 ₪	45.00 ₪	
מבטח בגיל 41-50	130.00 ₪	62.00 ₪	
מבטח בגיל 51-60	165.00 ₪	80.00 ₪	
מבטח בגיל 61-65	210.00 ₪	102.00 ₪	
מבטח בגיל 66 ואילך	255.00 ₪	127.00 ₪	
דמי הביטוח ישתנו על פי גיל המבטח			
מסלול ניתוחים שב"ן:			
סוג מבטח	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר הכיסוי לניתוחים משלים שב"ן	פרמיה חודשית לעובד/גמלאי לאחר סבסוד המעסיק	
מבטח עד גיל 20	27.00	27.00	
מבטח בגיל 21-30	68.00	32.00	
מבטח בגיל 31-40	92.00	42.00	
מבטח בגיל 41-50	127.00	59.00	
מבטח בגיל 51-60	162.00	77.00	
מבטח בגיל 61-65	204.00	96.00	
מבטח בגיל 66 ואילך	247.00	119.00	
דמי הביטוח ישתנו על פי גיל המבטח			

תמצית פרטי הפוליסה			עלות הביטוח
מסלול ניתוחים עם השתתפות עצמית בגובה 3,000₪:			
סוג מבטח	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר הכיסוי לניתוחים אקסטרה עם השתתפות עצמית בגובה 3,000₪	פרמיה חודשית לעובד/במלאי לאחר סבסוד המעסיק	
מבטח עד גיל 20	25.00	25.00	
מבטח בגיל 21-30	61.00	25.00	
מבטח בגיל 31-40	83.00	33.00	
מבטח בגיל 41-50	114.00	46.00	
מבטח בגיל 51-60	144.00	59.00	
מבטח בגיל 61-65	184.00	76.00	
מבטח בגיל 66 ואילך	204.00	76.00	
דמי הביטוח ישתנו על פי גיל המבטח (מדד 12414 נקודות)			
דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבטח בראשון לחודש יום ההולדת.			
לאחר 24 חודשים ולאחר 48 חודשים ייערך חישוב לצורך עדכון דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.			שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
השתלול וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 3.1.1 ו-3.1.2 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	השתלה לפי סעיף 1.4.1 - ריאנה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם והשתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 365 יום, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד. סעיף 3.1.2 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.	סעיף 3.1.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.1.1.2 - עד לסך של 4,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם. סעיף 3.1.2 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה.	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.7 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 3.2.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.2.2 - עד לסך של 1,200,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל	סעיף 3.3.17.1 - גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה (השתלת קרנית או השתלת מח עצם).	סעיף 3.3.17.1 - סכום חודשי בסך 7,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים. למבוטח עד גיל 21 ישולם סכום חודשי בסך 2,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים. אם אושרה התביעה לבצע השתלה, יהיה זכאי מבוטח מעל גיל 21 שנים, לקבל תשלום גמלה עוד בטרם בוצעה ההשתלה, למשך 12 חודשים, ובתנאי שתקופת תשלום הגמלה לא תעלה על 36 חודשים בסך הכול. כל זאת בתנאי שיש אישור כי הוא נרשם במרכז הלאומי להשתלות בישראל.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל	סעיף 3.3.17.2 - גמלה חודשית לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל	סעיף 3.3.17.2 - סכום חודשי בסך 3,500 ₪ לתקופה של עד 6 חודשים. למבוטח עד גיל 21 ישולם סכום חודשי בסך 1,750 ₪ לתקופה של עד 6 חודשים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	סעיף 2.1 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים, המשך טיפול בישראל ועוד	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן שיפוי בשיעור של עד 200% מעלות שירותי ניתוח ואשפוז עבור ביצוע ניתוח דומה בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח.
הוצאות שהייה	סעיף 3.3 בפרק - הוצאות שהייה של מלווה במקרה ותקופת השהות תעלה על 5 ימים רצופים.	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 700 ₪ ליום ועד 30 ימים. לשני מלווים יינתן הכיסוי למבטח מתחת לגיל 18.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 3.6 בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.	כיסוי מלא
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 2.2 בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל	במקרה של ביצוע טיפול מחליף ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במקרה של ביצוע טיפול מחליף ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן שיפוי בשיעור של עד 200% מעלות שירותי ניתוח ואשפוז עבור ביצוע ניתוח דומה בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח, אותו בא הטיפול המחליף ניתוח להחליף, אם היה מבוצע בישראל.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וביצוע בדיקות גנומיות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום או טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 4,000,000 ₪. סכום הביטוח עבוד טיפול תרופתי מיוחד בהתאמה אישית הינו בשיעור של 15% מהסכום כאמור לעיל.	השתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל מרשם ועד שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית. אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 2,500 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית. המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.2 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ינתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.	
כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פולטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פולטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ינתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.	

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כולל השתתפות עצמית בסך 3,000₪		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית בניכוי השתתפות עצמית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ינתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.	

שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	לאחר כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
שכר אח/אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - החזר עלות של אחות פרטית, שירותי שמירה וכוח עזר בעת שהותו של המבוטח בביה"ח בישראל	כיסוי עד 320 ₪ לכל יום אשפוז שלאחר ביצוע הניתוח ועד 14 ימים		20% מההוצאה בפועל
החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר	סעיף 3.4 לפרק - החזר בגין הוצאות החלמה בבית החלמה מוכר, לאחר ביצוע ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב, או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים	כיסוי עד ל-750 ₪ לכל יום החלמה ועד 14 ימים.		20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

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

מרפאת מומחים ובדיקות אבחון				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	לאחר כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה (רופא משפחה מומחה או רופא ילדים מומחה) לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי	כיסוי עד ל-800 ש"ח להתייעצות ועד סה"כ 3 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.	סעיף 7 - 6 חודשים	20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 4 לפרק - החזר בגין בדיקות אבחנתיות, בדיקות גנטיות או גנומיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה וחוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית	כיסוי עד 10,000 ש"ח לבדיקות אבחנתיות או פתולוגיות למבוטח לשנת ביטוח. כיסוי מלא עבור בדיקות גנטיות או גנומיות שבוצעו במעבדה מורשית. כיסוי עד 800 ש"ח לחוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחנתית	סעיף 7 - 6 חודשים	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

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

הוצאות רפואיות נוספות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴	השתתפות עצמית
הוצאות רפואיות	סעיף 2 לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק	אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן והמבוטח שילם השתתפות עצמית - החזר מלוא השתתפות העצמית. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות והשב"ן השתתף בעלות הטיפול באמצעות החזר כספי למבוטח - החזר בשיעור של 80% מההפרש שבין הסכום ששילם המבוטח לנותן השירות לבין סכום ההחזר מאת השב"ן, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שלא בהסכם עם השב"ן או לא מוכר ע"י השב"ן, בשיעור 60% מהסכום ששולם לנותן השירות, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה. מבוטח שהינו חייל בשירות סדיר או קבע זכאי לתגמולי ביטוח בשיעור 80% מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.	6 חודשים, למעט במקרה של בדיקות בהיריון ו/או גרידה ו/או לידה - 9 חודשים.	20% מההוצאה בפועל

⁴תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴	השתתפות עצמית
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 3.4 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	כיסוי עד 3,000 ₪ לכל הריון. עבור הריון מרובה עוברים - עד 5,000 ₪. בדיקות גנטיות טרום ההיריון שאינן כלולות בסל - עד 1,250 ₪ למבוטח, פעם אחת לתקופת ביטוח. טיפול פוריות והפרמיה חוץ גופית למבוטחת עד גיל 45 שנה - עד 10,000 ₪ עבור כלל הניסיונות להרות (כל טיפולים עד היוולדו של תינוק) שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד. ניתוח לצורך פרייון והפריה - כיסוי מלא. מעקב הריון - עד 400 ₪ לכל ביקור אצל רופא מומחה ועד 3 ביקורים במהלך כך הריון.	סעיף 3.4.10 - 9 חודשים	20% מההוצאה בפועל
כיסוי מיוחד לילדים	סעיף 3.5 לפרק - החזר בגין אבחון בעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אצל ילד עד גיל 18 על ידי רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי, אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA. החזר בגין טיפול בבעיות התפתחות אצל ילדים עד גיל 18 המבוצעים על ידי: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג	אבחון בעיות התפתחות - כיסוי עד 1,200 ₪, פעם אחת לתקופת ביטוח. אבחון נוסף למבוטח עד גיל 18 המטופל תרופתית ועד לסך של 1,800 ₪. טיפול בבעיות התפתחות - כיסוי עד 120 ₪ לטיפול ועד 30 טיפולים במהלך תקופת ביטוח.	סעיף 3.5.3.4 - 12 חודשים	20% מההוצאה בפועל

⁴תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴	השתתפות עצמית
רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי	סעיף 3.7 לפרק - החזר בגין טיפולי רפואה משלימה כגון: הומיאופתיה, אקופונקטורה, כירופרקטיקה, אוסטיאופתיה, רפלקסולוגיה, שיאצו, ביו-פידבק, נטורופתיה ועוד.	כיסוי עד 120 ש"ח לטיפול או התייעצות ועד 12 טיפולים במהלך שנת ביטוח.	סעיף 3.7.4 - 6 חודשים	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

מדד הפוליסה הינו 12414 נקודות.

מידע נוסף:

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

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

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

⁴תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פוליסה לביטוח בריאות

לעובדי וגמלאי משרד הביטחון ובני משפחותיהם

פרק א': הגדרות כלליות

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

1. הגדרות כלליות

בפוליסה זו ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת בצידם:

- 1.1 **אביזר רפואי:** כל מכשיר או אביזר לשימוש פנימי או חיצוני אשר נועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי
- 1.2 **אח/אחות:** אח או אחות, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
- 1.3 **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.4 **בית חולים ציבורי:** מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י הרשויות המוסמכות כבית חולים, ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.
- 1.5 **בית חולים פרטי:** אחד מאלה:
 - 1.5.1 בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 1.5.2 בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.6 **בית חולים בהסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.7 **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של עובד. כבני/ות זוג ייחשבו גם ידועה/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם העובד, בכפוף להצהרה בכתב של העובד על כך.
- 1.8 **בעל הפוליסה:** ועד עובדי משרד הביטחון בשם משרד הביטחון.
- 1.9 **גיל המבטח:** גיל המבטח ייחשב לפי הראשון לחודש בו חל יום הולדתו. לצורך קביעת זכויות המבטח ייקבע גילו לפי תאריך הלידה ביום הולדתו.
- 1.10 **גמלאי:** מי שסיים את עבודתו במשרד הביטחון וחבר בארגון גמלאי משרד הביטחון.
- 1.11 **דמי הביטוח (פרמיה):** הסכום שבעל הפוליסה ו/או המבטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בהסכם הביטוח.
- 1.12 **דף פרטי ביטוח:** דף המצורף לפוליסה וכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבטח.

- 1.13. **המבטוח:** עובד (לרבות עובד בחל"ת כל עוד נחשב כעובד) וגמלאי (בין אם בפנסיה צוברת או בפנסיה תקציבית) משרד הביטחון, בן/ת זוג, וילדיו אשר הצטרפו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים, וכן עובד ועד משרד הביטחון בן/ת זוג, וילדיו ונכדיו אשר הצטרפו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים.
- 1.14. **המבטח או החברה:** הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.15. **הסכם הביטוח:** הסכם שנוערך בין בעל הפוליסה לבין המבטח, לעריכת פוליסה לביטוח רפואי, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים או שיצורפו להסכם בעתיד, בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה.
- 1.16. **הסכם ביטוח קודם:** הסכם ביטוח בריאות קבוצתי בין בעל הפוליסה להראל חברה לביטוח שהסתיים ב-30.4.2020.
- 1.17. **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה.
- 1.18. **השתתפות עצמית -** חלקו של המבטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות המבטח לתשלום עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר שהמבטח שילם את ההשתתפות העצמית, ורק לגבי הוצאות המבטח שמעבר להשתתפות זו. יובהר כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה שצוינה חובת השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.
- 1.19. **ועדת הלסינקי:** ועדה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונייהן.
- 1.20. **חול'ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרזו ע"י משרד החוץ הישראלי ו/או עפ"י חוק.
- 1.21. **חדר ניתוח -** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח לעריכת הניתוח הרלוונטי, לרבות חדרי ניתוח של קופות החולים.
- 1.22. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 1.23. **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 1.24. **צירוף אוטומטי:** כניסת מבטח לביטוח, ברצף ביטוחי מלא, ללא מילוי הצהרת בריאות ו/או שאלון כלשהו, ללא בדיקה רפואית או אחרת כלשהי, ללא החרגות מכל מין וסוג שהוא, בפרמיה הרגילה לשאר המבוטחים מסוגו, וללא החלה של תקופות אכשרה שאינן חלות על כלל המבוטחים פי הפוליסה.
- 1.25. **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י, אך לא רק, פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.26. **טיפול ניסיוני - רפואי או תרופתי:** טיפול רפואי הדורש אישור ועדת הלסינקי.
- 1.27. **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה ברציפות. למרות האמור, שהייה למשך 16 שעות ברציפות במחלקה בבית חולים שאינה חדר מיון, או שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.28. **יועץ הביטוח:** מי שבעל הפוליסה מינה כיועץ ביטוח לליווי בעל הפוליסה בכל ענייני הביטוח ולייצוגו מול המבטח, ובמועד החתימה על הסכם זה - ש. לוטינגר ושות' בע"מ.
- 1.29. **ילדים:** ילדי עובד ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק.

- 1.30. **ילד בוגר:** ילדו של עובד שמלאו לו 30 שנה.
- 1.31. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
- 1.32. **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח
- 1.33. **מדד בסיס:** אשר פורסם ב-15.4.2020.
- 1.34. **מוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שנתן המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח. **יובהר כי במקרה תביעה של קטין המוטב יהיה העובד אצל בעל הפוליסה. במקרה שבו שני בני הזוג עובדים אצל בעל הפוליסה, המוטב תהיה אימו של הקטין אשר עובדת אצל בעל הפוליסה.**
- 1.35. **מחלה:** מצב של בריאות לא תקינה, או קיום בעיה בריאותית, או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, או כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.
- 1.36. **מנתח אחר -** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.37. **מנתח שבהסכם -** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח, ואשר במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, נמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.38. **מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.39. **מקרה הביטוח:** מצב המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנוותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה.
- 1.40. **מרפאה כירורגית פרטית:** מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות הממשלה, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- 1.41. **נותן שירות שבהסכם:** מנתח בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם למתן שירות רפואי בקשר לביטוח זה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שניתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.42. **נותן שירות שאינו בהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עימו את התשלום, לפיכך המבוטח ישלם לנוותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.
- 1.43. **הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.**
- 1.44. **ניתוח אלקטיבי:** ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא המבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ו/או ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית חולים).
- 1.45. **סייג בשל מצב רפואי קודם:** חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבותו או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר הגורם העיקרי וללא תלות בגורם אחר הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.46. **סכום ביטוח מרבי:** הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.

- 1.47. **עובד:** עובד וגמלאי משרד הביטחון.
- 1.48. **עובד סוציאלי:** מי שרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996.
- 1.49. **פסיכולוג:** אדם הרשום בפנקס הפסיכולוגים או בעל היתר על פי חוק הפסיכולוגים התשל"ז 1977.
- 1.50. **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם. להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.51. **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בח"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.52. **רופא מומחה:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.
- 1.53. **רופא מומחה בכיר:** רופא מומחה מנהל או סגן מנהל מחלקה או יחידה בבית חולים ציבורי או מי שמילא תפקיד זה בעבר, או רופא מומחה הנושא תואר פרופסור.
- 1.54. **רופא מרדים:** רופא שהוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.
- 1.55. **צירוף אוטומטי - צירוף אובליגטורי של כל המבוטחים לפוליסה ע"י בעל הפוליסה ללא אישור מפורש מאת המבוטח.** צירוף אוטומטי של המבוטחים יחול במעבר בין הסכם הביטוח הקודם להסכם ביטוח זה. צירוף באופן אוטומטי של מבוטחים חדשים שלא היו כלולים בהסדר הביטוח הקודם, או עובדים שהחלו את עבודתם לאחר תחילת מועד הסכם זה, מותנה בכך שלא נדרש מהמבוטח לשאת בעלות הביטוח לרבות עלות שווי מס. צירוף אוטומטי לביטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבו הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד הצטרפותו לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. **במקרה של צירוף אוטומטי תבוטל כל החרגה או סייג לחבות המבוטח בשל מצבו הרפואי של המבוטח אם נקבעה בהסכם הביטוח הקודם, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי.**
- 1.56. **צירוף בהסכמה - צירוף וולונטרי** הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.57. **רצף ביטוחי מלא:** מעבר בין הביטוח עפ"י הסכם הביטוח הקודם לביטוח על פי פוליסה זו, או מעבר בין הביטוח על פי פוליסה זו לביטוח בריאות אחר המחליף פוליסה זו. המעבר בין תכניות הביטוח כאמור יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח הקודם.
- 1.58. **שב"ן:** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים ו/או כיסויי ביטוח ו/או זכויות רחבות יותר לעומת שירותי הבריאות הניתנים על פי סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק בריאות ממלכתי, תשנ"ד - 1994, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח.

1.59. **שנת ביטוח:** תקופה בת 12 חודשים רצופים. תחילתה של השנה הראשונה בתאריך תחילת תוקף הביטוח למבוטח, ואשר תימשך כל פעם לתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם.

1.60. **תאונה:** אירוע פתאומי וחד פעמי שאירע בתקופת הביטוח, אשר גרם למבוטח נזק גופני או נפשי, כתוצאה מפגיעה של גורם חיצוני, או כאשר אירוע חיצוני התניע את התהליך שכתוצאה ממנו נגרם נזק למבוטח. מובהר כי פגיעה במהלך פעילות ספורט, למעט ספורט מקצועני המפורט בסעיף החריגים, תיחשב כתאונה על פי פוליסה זו. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.

1.61. **תאריך תחילת הביטוח:** 1.5.2020.

1.62. **תאריך הצטרפות:** התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.

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

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

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

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
 - 1.1. מקרה הביטוח נובע באופן ישיר ובלעדי כתוצאה משימוש בסמים מסוכנים כהגדרתם בפקודת הסמים המסוכנים, למעט אם השימוש בסמים הוא לפי הוראות רופא.
 - 1.2. מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של פעילות פלילית מסוג עוון או פשע של המבוטח.
 - 1.3. מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח.
 - 1.4. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה. סעיף זה לא יחול על מבוטחים שאינם נדרשים להמתין את תקופות האכשרה.
 - 1.5. מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח. יובהר כי תום הביטוח אינו גורע מאחריות המבטח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח יכוסה על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לתקופת ההתיישנות (3 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח).
 - 1.6. מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
2. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
3. סייג בשל מצב רפואי קודם
 - 3.1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות בס"ק א' ו-ב' להלן, לפי העניין, שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. לעניין סעיף זה מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לראשונה במהלך 3 (שלוש) השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
 - א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
 - ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
 - 3.2. יובהר כי המבוטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיף 3.1 (א) ו-(ב), לפי העניין.
 - 3.3. חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי כל המבוטחים שהיו כלולים בפוליסה במסגרת הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם נכון ל-30/04/2020, ולגבי מבוטחים (עובד/ת בן/ת זוג וילדיו עד גיל 30) שהצטרפו לביטוח תוך 90 ימים ממועד תחילת העסקתו של העובד אצל בעל הפוליסה.
 - 3.4. מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק י' "הוצאות רפואיות נוספות, וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופת האכשרה הנקובות בפרק זה, לפי העניין.

- 3.5. חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על מבטח הנדרש למלא שאלון רפואי. במקרה כזה יחולו תנאי החיתום שנקבעו ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. סייג לחבות המבטח או הגבלת חבותו לגבי היקף הכיסוי הביטוחי, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.
- 3.6. דחה המבטח תביעתו של מבטח בשל מצב רפואי קודם, יפרט בהחלטתו את המצב הרפואי הקודם, ויפנה בהודעתו למסמכים רפואיים עליו הסתמכה החלטתו.

פרק ג': תנאים כלליים

1. מהות הביטוח

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

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

- 2.1. לפני תחילת תקופת הביטוח ימסור בעל הפוליסה למבטח הצהרה כמתחייב על פי סעיף 3 א' 1 לתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט, והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 2.2. בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי הפוליסה לביטוח בריאות קבוצתי.

3. תקופת הסכם הביטוח

- 3.1. תקופת ביטוח זו הינה 60 חודשים החל מ-1.5.2020 ועד 30.4.2025 הפוליסה הקבוצתית תתחדש לתקופה נוספת בת 60 חודשים בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח לגבי תנאי הפוליסה וההסכם החדשים.
- 3.2. אם בתום תקופת הביטוח לא יחודש הביטוח לתקופה נוספת, תעמוד לבעל הפוליסה הזכות להורות למבטח על הארכת תקופת ביטוח לתקופה נוספת בת 90 יום, בתנאים זהים לתנאי פוליסה זו, ובכפוף לתקנות.
- 3.3. חודשה תקופת הביטוח אצל המבטח, הזכאות לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח יקומו מחדש כאילו הצטרף המבוטח לביטוח לראשונה.
- 3.4. אם יפחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

4. דמי הביטוח

- 4.1. דמי הביטוח (הפרמיות) החודשיים בשקלים חדשים עבור כל מבוטח, מצוינים בדף גילוי נאות ו/או בדף פרטי הביטוח, והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג. דמי הביטוח הינם עפ"י מדד אשר פורסם ב-15.4.2020 ויהיו צמודים למדד.

4.2. התאמת פרמיה

- 4.2.1. לאחר 24 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח, וכעבור 24 חודשים נוספים (מועדי עריכת החשבון) יחא רשאי המבטח להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם וזאת על פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה הקבועה בהסכם הביטוח.
- 4.2.2. אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים, כאמור לעיל, תותאם הפרמיה בהתאם לשיעור הנדרש למינעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח.
- 4.3. לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בדמי הביטוח שנקבעו במועד עריכת החשבון למעט הצמדתן למדד.

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

המבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה,

ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" -

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

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

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

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

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

4.5. על אף האמור בסעיף 4.4 הממונה על הביטוח רשאי לאשר למבטח כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים

5. הצטרפות לביטוח

5.1. הצטרפות המבוטחים שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם.

כל העובדים שהיו מבוטחים במסגרת ביטוח בריאות הקבוצתי הקודם, נכון ל-30.4.2020, בקבוצות הגיל 21 עד 40 יצורפו לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא בכפוף לתנאים הקבועים בפרק זה.

5.2. כל שאר המבוטחים שהיו מבוטחים במסגרת ביטוח בריאות הקבוצתי הקודם נכון ל-30.4.2020 בקבוצות הגיל 41 עד 65 ו-66+, יצורפו באופן וולנטרי (צירוף בהסכמה) וברצף ביטוחי, בכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח וזאת עד לתאריך תחילת הביטוח 1.5.2020.

5.3. הצטרפות עובדים ובני משפחתם שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם.

5.3.1. עובדים וגמלאים (לרבות גמלאים בפנסיה צוברת ועובדים בחל"ת) ובני זוגם וילדיהם שטרם מלאו להם 30 שנים, שלא היו כלולים בהסדר הביטוח הקודם, נכון ל-30.4.2020, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה, בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

5.3.2. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, מבוטחים אלה שביקשו להצטרף לביטוח זה, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי אחר אצל המבטח, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים הדומים להם היו זכאים אם היו זכאים, במסגרת הביטוח הקודם, ובלבד שהביטוח האחר בוטל או הופסק לגביהם. לגבי כיסויים ביטוחיים שלא נכללו בביטוח הקודם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות המצורפת לפוליסה זו.

5.4. הצטרפות עובדים חדשים ובני משפחתם

5.4.1. עובדים חדשים שיתחילו עבודתם במשרד הביטחון לאחר מועד תחילת הסכם זה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, וללא סייג בדבר מצב רפואי קודם, ובתנאי שהגישו בקשת הצטרפות תוך 90 ימים ממועד תחילת העסקתם. עובדים

חדשים שהגישו בקשת הצטרפות לביטוח זה, יהיו זכאים לצרף את בני/ת זוגם וילדיהם שטרם מלאו להם 30 שנה לביטוח זה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובתנאי שהגישו בקשת הצטרפות עבור בני המשפחה תוך 90 ימים ממועד תחילת העסקתם.

על מבוטחים אלה יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בס' 3 לפרק ב' - חריגים כלליים. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

5.4.2. בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד תחילת עבודתם), הצטרפות בני המשפחה מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

5.4.3. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, בני משפחתו של עובד חדש שיצטרפו לביטוח, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי אחר אצל המבטח, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים הדומים להם היו זכאים אם היו זכאים, במסגרת הביטוח הקודם. ובלבד שהביטוח האחר בוטל או הופסק לגביהם. לגבי כיסויים ביטוחיים שלא נכללו בביטוח הקודם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות המצורפת לפוליסה זו.

5.5. הצטרפות בן/בת זוג חדש

5.5.1. בן/בת זוג אשר ת/יינשא עובד מבטח, וילדיו/ה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 90 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של העובד (בהתאם להצהרת העובד). ההצטרפות מותנית במילוי טופס הצטרפות, ללא מילוי הצהרת בריאות. על מבוטחים אלה יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בס' 4 לפרק ב' - חריגים כלליים.

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

5.6. צירוף תינוק לביטוח

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

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

5.7. צירוף ילד מאומץ

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

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

5.8. **פרישה של מבטח מהביטוח וצירופו בשנית**
מובהר בזאת כי מבטחים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח. זכאותם לתגמולי ביטוח תהא כשל מבטח שצורף לראשונה לביטוח.

5.9. **תשובת המבטח לבקשת הצטרפות**
5.9.1. המבטח ישיב לבקשת ההצטרפות תוך 30 ימי עבודה, מיום בו התקבלו במשרדיו הבקשה וכל המסמכים הדרושים לבחינת תנאי ההצטרפות.
5.9.2. לא השיב המבטח תוך 30 יום כאמור, יצורף המועמד לביטוח ללא כל סייג בשל מצבו הרפואי.

5.10. **צירוף מבטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט**
5.10.1. מוטלת על המבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

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

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

5.10.2. סעיף 5.9.1 לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד, לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

5.10.3. תקנת המשנה כאמור בסעיף 5.9.1 לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים במועד חידושה.
2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי מלא לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש, ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד.
3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים הפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה:

(א) ניתוחים.

(ב) תרופות.

- (ג) השתלות.
- (ד) מחלות קשות.
- (ה) שיניים.
- (ו) תאונות אישיות

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

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

5.11.2. על אף האמור בסעיף 5.10.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין-

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

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

- (1) שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח.
- (2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה.
- (3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח.
- (4) תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשללה נקבעה התוספת האמורה.
- (5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;
- (6) פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.

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

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

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

5.12.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי,

הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי. נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בסעיף 5.9 או סעיף 4.3, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטח, ובהיעדר המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 5.9.2(2). לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

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

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

5.12.1.3. פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 15.3 ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

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

5.13.1. שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה, ישלח המבטח בתוך 30 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבטח לא מתקבל לביטוח, ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית.

5.13.2. אם תוך 30 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, לא שלח המבטח הודעת דחייה כאמור לעיל, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המועמד לביטוח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח.

5.13.3. אירע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות אצל המבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח, וזאת בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

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

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

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

6. תביעות

6.1. הודעה על קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 22 לחוק חוזה הביטוח קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו, ועל המוטב להודיע למבטח, מיד לאחר שנודע לו, על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח. מתן הודעה מאת אחד מאלה משחרר את השני מחובתו.

6.2. בירור חבותו של המבטח בהתאם לסעיף 23 לחוק חוזה הביטוח (א) משנמסרו למבטח הודעה על קרות מקרה הביטוח ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח, על המבטח לעשות מיד את הדרוש לבירור חבותו. (ב) על המבוטח או על המוטב, לפי העניין, למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם.

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

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

6.5. אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבוטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, כמתחייב בסעיף 6.3 לעיל, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.

6.6. למרות האמור בס' 6.5 לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו לתגמולי ביטוח ובסכום חבות המבטח, ובכפוף להוראות פוליסה זו, אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.

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

6.8. זמני טיפול בתביעה

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

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

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

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

6.8.5 המבטח ישיב למבוטח תוך 14 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.

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

6.9 הכשלה של בירור החבות בהתאם לסעיף 24 לחוק חוזה הביטוח

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

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

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

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

6.10 סייג בדבר אחריות המבטח לבחירת נותן השירות וטיב השירות הרפואי מובהר ומוצהר כי המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים.

7. תגמולי ביטוח

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

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

7.2.1 התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם

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

- 7.2.1.2. כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבוטח תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבוטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הנדרשים לצורך קביעת חבותו.
- 7.2.1.3. במקרים דחופים יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבוטח.
- 7.2.2. **השתתפות המבוטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם**
- 7.2.2.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבוטח, יהיה המבוטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד מסמכים המאשרים את ביצוע התשלום לנותן השירות. במקרים בהם נבצר מהמבוטח לממן את השירות הרפואי ולקבלו במועד, ועקב כך ישנה סכנה לחייו ולהחמרה משמעותית במצב בריאותו, יסדיר המבוטח הקדמת התשלום למבוטח טרם קבלת השירות הרפואי. **יובהר כי תנאי סעיף זה לא יחולו על פרק הניתוחים בישראל לפיהם ניתוח יבוצע רק באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם המבוטח.**
- 7.2.2.2. המבוטח ימסור למבוטח כל הקבלות (מקור/ העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים (מסמכים מקוריים או העתק המסמכים המקוריים) הדרושים לחברה לבירור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי.
- 7.2.2.3. המבוטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה באופן סביר, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.
- 7.2.2.4. תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת המסמכים הנוגעים לאותה תביעה במשרדי המבוטח, ובכפוף לאישור התביעה.
- 7.3. **טיפולים רפואיים בחו"ל**
- תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 7.4. **תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר**
- תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק פועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על ידי המבוטח, ובלבד שהתשלום הועבר לחשבון המבוטח או נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים ממועד ההכנה.
- 7.5. **פטירת מבוטח**
- נפטר מבוטח, ישלם המבוטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבוטח לשלם. בהיעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה, ככל שמחויב המבוטח בכל אחד מפרקי הפוליסה, למשפחתו של המבוטח.
- 7.6. **יובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.**

7.7. זכאות במהלך שירות צבאי סדיר

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

8. ערעור על החלטת המבטח

- 8.1. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, יהיה המבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר.
- 8.2. ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.
- 8.3. החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח, ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.
- 8.4. ועדת הערר תורכב מ-3 נציגים כדלקמן: נציג מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה ויועץ הביטוח. החלטות הוועדה יתקבלו ברוב קולות חבריה.
- 8.5. ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ-30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.
- 8.6. אם לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה בשל חילוקי דעות בין חבריה, ימנו חבריה בהסכמה רופא מומחה, ואם הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, ימנו מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה: "המומחה"). במקרים בהם לא הושגה הסכמה, יועץ הביטוח יהיה הפוסק לעניין בחירת המומחה. יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.
- 8.7. המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תיחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.
- 8.8. למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

9. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

- 9.1. אם בגין מקרה הביטוח הייתה למבוטח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית השב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח את מלוא תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.
- 9.2. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.
- 9.3. בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבוטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.
- 9.4. המבוטח מתחייב לשתי פועלה ככל שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

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

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

10.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבוטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

11. הצמדה

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

11.2. חישוב הצמדה ייעשה ע"י המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח, או ע"י המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.

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

12. ביטול הפוליסה על ידי המבטח

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

13. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה

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

14. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח

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

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

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

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

15.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 5.2.2 והודיע המבוטח בכתב למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

15.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בס' 5.2 או בס' 4.3 לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין. בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 5.2.2(2). לענין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש ובכתב לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

15.3. על אף האמור בסעיף 15.2 ובנוסף לאמור בסעיף 16.2, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

16. תום הביטוח ו/או הפסקתו

- 16.1. תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:
- 16.1.1. יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה.
- 16.1.2. היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את עבודתו אצל בעל הפוליסה.
- 16.2. לאחר 3 ימים מהמועד בו התקבלה בקשה במשרדי המבטח בדבר הפסקת הביטוח לגביו.
- 16.3. לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג – היום האחרון בחודש בו הודיע בעל הפוליסה למבטח על גבי קובץ כ"א, על סמך הודעה בכתב של המבוטח על גירושיו. לענין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג – ידועים בציבור.
- 16.4. מות המבוטח.

16.5. **תום תקופת הביטוח בהתאם לסעיף 9ב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט**
פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 16.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

17. המשכיות

17.1. סיום ההסכם או ביטולו

- 17.1.1. עם סיום ההסכם, לרבות במקרה של ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבטח, וההסכם לא חודש, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים יהיו רשאים המבוטחים לגביהם לא חודש הביטוח לרכוש אצל המבטח ביטוח פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או הנותנים מענה ביטוחי דומה, או כיסויים פחותים, לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו.
- 17.1.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור 15% מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי לתקופה של 5 שנים. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.
- 17.1.3. המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח, או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

- 17.1.4. המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים או פחותים מהכלול בפוליסה זו.
- 17.1.5. מובהר בזאת כי האמור בס"ק 17.1.2 מתייחס לכיסויי ביטוח הדומים או פחותים מאלה בהם היה המבוטח על פי פוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.
- 17.1.6. המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.
- 17.1.7. יובהר בזאת כי המבטח יהיה אחראי וחייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לתקופת ההתיישנות כמוגדר בפוליסה.
- 17.1.8. מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, וטרם מיצה את מלוא זכאותו בתקופת הביטוח הנוכחית, המבטח יהיה מחויב להמשיך ולשלם את תגמולי הביטוח גם לאחר תום תקופת הביטוח, ובתנאי שמקרה הביטוח אירע בתקופת הביטוח הנוכחית.
- 17.1.9. המבטח אחראי לפנות בכתב לכל מבוטח, ולהציע לו בצורה ברורה את האפשרות להמשיך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים דומים או פחותים וההנחה המוצעת.
- 17.2. המשכיות הביטוח עקב סיום עבודתו אצל בעל הפוליסה**
- 17.2.1. בנוסף לאמור בסעיף 14.3 לעיל, מבוטח שסיים את עבודתו אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לבחור לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים לפני סיום עבודתו, ברצף ביטוחי מלא.
- 17.2.2. דמי הביטוח בעת מעבר לפוליסה פרטית יהיו בהנחה בשיעור 15% מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, לתקופה של 5 שנים. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.
- 17.2.3. עם היוודע למבטח על סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב למבוטח על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, בתוך 90 יום מקבלת הודעת המבטח. הודעה כאמור תכלול הסבר ברור לגבי האפשרות להמשיך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים דומים או פחותים.
- 17.2.4. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה מיום סיום העסקתו אצל בעל הפוליסה.
- 17.2.5. המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.
- 17.2.6. האמור לעיל יחול, בשינויים המחויבים, גם על הפסקת הביטוח עקב גירושין מעובד אצל בעל הפוליסה.
- 17.2.7. מובהר ומוצהר כי עובד שסיים עבודתו במשרד הביטחון והינו חבר בארגון גמלאי משרד הביטחון (גמלאי) ובני משפחתו, ימשיכו להיות מבוטחים על פי פוליסה זו. תשלום דמי הביטוח עבור גמלאים (ובני משפחתם), אשר יקבלו גמלאות באמצעות קרן פנסיה צוברת יוסדרו במישרין ע"י הגמלאי מול המבטח באמצעות כרטיס אשראי.
- 17.3. המשכיות הביטוח עבור בני משפחה במקרה של פטירת עובד.**
- מובהר כי שאיריו של עובד שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו, ודמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים.

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

17.5. זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת/חל"ד

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

18. שינויים בפוליסה

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

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

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

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

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

20. התיישנות

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

21. חוק הביטוח

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

22. הודעות

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

23. מקום שיפוט

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

24. פרשנות

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

פרק ד': השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות

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

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

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

1.4. השתלה:

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

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

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

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

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

1.5. **ניתוח בחו"ל**: פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות, ואשר מבוצעת בחו"ל, בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה במועד ביצוע הפעולה, ומטרתה טיפול במחלה או בסימפטומים של מחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני کلیה או מרה על ידי גלי קול.

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

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

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

- 1.7. **טיפול מיוחד בחו"ל:** כל טיפול רפואי, ניתוח, טיפול מחליף ניתוח, או טיפול רפואי המשלב ביניהם המבוצע בחו"ל, העונה לפחות על אחד מהתנאים הבאים:
- 1.7.1. אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח.
 - 1.7.2. אי ביצוע הטיפול עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.
 - 1.7.3. הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.
 - 1.7.4. הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, או במחלה המטולוגית או מחלה גידולית אחרת.
 - 1.7.5. על פי חו"ד של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח, או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח.
 - 1.7.6. הטיפול הרפואי נועד לטפל בבעיה רפואית שאינה מצוינת לעיל בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:
 - 1.7.6.1. הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהי, ורופא מומחה בתחום בישראל המליץ על ביצוע הטיפול במרכז רפואי בעל התמחות ייחודית בתחום הטיפול הרפואי.
 - 1.7.6.2. טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, ורופא מומחה בתחום בישראל מטעם המבוטח המליץ לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחו"ל אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים.
 - לעניין בחינת הניסיון בביצוע הטיפול, יבואו בחשבון מספר הטיפולים שבוצעו במרכזים רפואיים בישראל, מול מספר הטיפולים שבוצעו במרכז הרפואי בחו"ל, במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח.
 - 1.7.6.3. על פי הניסיון שנצבר במהלך ה-24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח נראה כי סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול בישראל.
- 1.8. **טיפול/שירות רפואי:** כל טיפול אשר מטרתו מניעה ו/או טיפול ו/או ריפוי ו/או אבחון מצב רפואי, לרבות ובלי למצות טיפולים תרופתיים, השתלות, ניתוחים בארץ או בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח, בדיקות אבחון מכל סוג שהוא, וכל שירות אחר הכרוך בביצועם אשר מכוסה בפוליסה זו, (כגון ומבלי למצות: שירותי אחות וסיוע, טיפולי שיקום, הסטה, הסעה, מגורים, ככל שמצוינים בכיסוי הביטוחי), התייעצויות וחוו"ד עם רופאים מומחים, בדיקות אבחון לסוגיהן.

2. מקרה הביטוח

- מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה בחו"ל, או טיפול מיוחד בחו"ל.
- 2.1. לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב ביצוע השתלה או טיפול רפואי מיוחד" הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוסס על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור השתלה או לקבל טיפול רפואי מיוחד, לפי העניין.
 - 2.2. לעניין סעיף זה - "המועד הקובע לחבות המבטח" הינו המועד בו נמסרה לראשונה למבוטח המלצה בכתב מאת רופא מומחה על הצורך בהשתלה או הטיפול.

3. חבות המבטח

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

3.1.1. **מסלול שיפוי:**

3.1.1.1. **ביצוע השתלה בתיאום עם המבטח**

אם ההשתלה בוצעה בתאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 3.3 להלן (למען הסר ספק, התקרות הקבועות בסעיף 3.3 להלן, אם נקבעו, לא יחולו במקרה זה).

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

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

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

3.1.1.3. **תנאי לחבות המבטח**

חבות המבטח לשיפוי המבוטח בגין ביצוע השתלה מותנית בהתקיים כל התנאים שלהלן:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.1. הוצאות הערכה רפואית:

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות הרפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. למען הסדר הטוב, יובהר כי תכוסה בדיקת ההערכה וכן טיסות הלך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

3.3.2. הוצאות בגין טיפול רפואי:

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

3.3.3. הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:

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

3.3.4. הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:

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

3.3.5. הוצאות שימוש בלב מלאכותי:

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

3.3.6. הוצאות הצוות המנתח וחדר ניתוח:

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

3.3.7. הוצאות הטסת המבוטח והמלווה:

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

3.3.8. הוצאות הטסת רופא:

בנוסף לאמור בסעיף 3.3.7 לעיל, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם

הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל במבוטח בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

3.3.9. הוצאות הטסה רפואית:

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

3.3.10. הוצאות העברה יבשתית:

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

3.3.11. הוצאות מגורים וכלכלה:

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

3.3.12. הוצאות המשך טיפולים בחו"ל:

המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה, או הטיפול המיוחד, או לצורך בקרה עליהם, בהתאם להוצאות בפועל ועד סכום הביטוח המרבי. הכול ובתנאי שלא ניתן לבצע את המשך הטיפול או הבקרה בישראל, ו/או אם ישנה חו"ד של רופא מומחה בכיר בישראל הקובעת כי אי ביצועו בחו"ל עלול לסכן את בריאות המבוטח.

3.3.13. המשך טיפול בישראל:

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

3.3.14. הוצאות הטסת גופה:

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

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

עלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה - עד 120,000 ₪ למקרה ביטוח אחד. בנוסף יישא המבטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.3.16. **בנסיבות שבהן המבוטח יצא לחו"ל לצורך השתלה, וההשתלה לא בוצעה, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי הביטוח הקבועים לעיל.**

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

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

3.3.17.1.1. **למבוטח מעל גיל 21 תשולם גמלה חודשית בסך 7,500 ₪, מיום ביצוע ההשתלה, ולמשך תקופה בת 24 חודשים.**

3.3.17.1.2. **למבוטח עד גיל 21 תשולם גמלה חודשית בסך 2,500 ₪, מיום ביצוע ההשתלה, ולמשך תקופה בת 24 חודשים.**

3.3.17.1.3. **גמלה עפ"י ס' 3.3.17.1.1 לא תשולם למבוטח שעבר השתלת קרנית או השתלת מח עצם.**

אם אושרה תביעתו של המבוטח לבצע השתלה על פי תנאי פוליסה זו, יהיה זכאי מבוטח שגילו מעל 21 שנים, לקבל תשלום גמלה עוד בטרם בוצעה ההשתלה, למשך 12 חודשים, ובתנאי שתקופת תשלום הגמלה לא תעלה על 36 חודשים בסך הכול. **תנאי לתשלום הגמלה כאמור בס"ק זה הוא כי המבוטח המציא אישור כי הוא נרשם במרכז הלאומי להשתלות בישראל.**

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

3.3.17.2. **מבוטח יהיה זכאי לגמלת החלמה לאחר ביצוע טיפולי מיוחד בחו"ל כדלקמן:**

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

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

4. **תנאי לחבות המבטח**

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

5. חריגים לפרק זה

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

- 5.1. השתלוח וטיפולים ניסיוניים.
- 5.2. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלוח שתלים דנטליים.
- 5.3. על פי פרק זה לא יכוסו בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון ו/או לידה.
- 5.4. לא תכוסה השתלה של איבר שאינו מנוי ברשימת האיברים המצוינת בס' 1.4 בפרק זה. למען הסר ספק, השתלוח מסתמים (כגון מסתם לב) או קוצב לב, או השתלוח עצם או (כגון מפרק ברך או ירך) לא תיחשב כהשתלה לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י פרק זה.
- 5.5. לא יכוסו טיפולים עקב השתלחות פעילה של מבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי על פי פרק זה, אינו מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבוטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.
- 5.6. ניתוחים לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים: על אף האמור יכוסו ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה שאירעו במהלך תקופת הביטוח, או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים שיש סיבה רפואית לביצועם, על פי המלצה מאת רופא מומחה, לרבות לצורך מניעה להיווצרות בעיה רפואית בעתיד, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורך לביטוח על פי הכללים המצוינים בתנאים הכלליים.

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

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

1. הגדרות

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

1.1. ניתוח בחו"ל: כל פעולה פולשנית חדירתית (INVASIVE), בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה במועד ביצוע הניתוח, אשר מטרתם אבחון מצב רפואי, מניעה ו/או טיפול במצב רפואי, ו/או ריפוי מחלה או פגיעה, או בסימפטומים של מחלה או פגיעה, ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון: הראיית אברים פנימיים (ENDOSCOPY - למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה המבוצע בחו"ל.

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

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

1.3. ניתוח אלקטיבי: ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

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

2. מקרה הביטוח

2.1. ניתוח בחו"ל

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

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

2.1.2. תגמולי הביטוח

המבטח יישא בעלויות עבור ביצוע ניתוח בחו"ל כדלקמן:

2.1.2.1. שירותי ניתוח ואשפוז:

2.1.2.1.1. ניתוח שתואם עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז לעניין זה "תיאום עם

המבטח: "אישור מראש על זכאותו של המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי על פי תנאי פרק זה, התקשרות המבטח עם נותני השירות הרפואי, תיאום מועד מתן הטיפול, ותשלום לנותן השירות ישירות ע"י המבטח.

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

2.1.2.2. שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים המבטח ישפה את המבוטח עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.

2.1.2.3. המשך טיפול בישראל המבוטח אשר בחר לבצע ניתוח בחו"ל וביצוע הניתוח אשר ע"י המבטח יהיה זכאי לשירותים הרפואיים והשיקומיים שלהלן ואלה בלבד:

2.1.2.3.1. שכר יעוץ עם המנתח לאחר שובו של המבוטח לישראל

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

2.1.2.3.2. טיפולי שיקום לאחר ביצוע ניתוח מבוטח יהיה זכאי להשתתפות בגין טיפולי השיקום מפורטים להלן, אשר ניתנו לו בישראל עד 90 ימים ממועד השחרור מאשפוז במהלכו בוצע ניתוח.

2.1.2.3.2.1. התייעצות עם רופא שיקומי המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות 2 התייעצויות עם רופא מומחה ברפואה שיקומית, לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום אורתופדי, שיקום נירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, עד לסכום של 800 ₪ לכל התייעצות.

2.1.2.3.2.2. שיקום דיבור וראיה המבטח ישתתף בעלות בשיעור 80% מעלות טיפולים לשיקום הדיבור עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, עד לסכום של 200 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים לאחר ביצוע ניתוח או השתלה.

2.1.2.3.2.3. התעמלות שיקומית המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח או השתלה במהלך תקופת הביטוח, עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 200 ₪ לכל חודש.

2.1.2.3.2.4. טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות טיפול פיזיותרפי/הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים, שניתנו למבטח, עד לסכום של 250 ₪ לכל טיפול, עד 20 טיפולים לאחר ביצוע ניתוח הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שביצע את הניתוח או רופא שיקומי.

2.1.2.4. רכישת או השאלת אביזרים רפואיים

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות רכישת או השאלת אביזרים רפואיים הנדרשים על פי המלצת רופא מומחה לאחר ועקב ביצוע ניתוח וכתוצאה ישירה מביצועו, עד לתקרה של 2,000 ₪.

2.1.2.5. יעוץ/טיפול פסיכולוגי לפני או לאחר ניתוח

מבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% ו-עד 240 ₪, עבור כל יעוץ ו/או טיפול שניתנו לו ע"י: פסיכולוג ו/או פסיכיאטר ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי, לפני ביצוע ניתוח או במהלך 90 ימים לאחר ביצוע הניתוח, ועד 12 טיפולים סה"כ.

2.2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

2.2.1. מקרה הביטוח

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

2.2.2. תנאי לחבות המבטח

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

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

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

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

2.2.3. תגמולי הביטוח

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

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

2.2.3.3. עלות טיפול מחליף ניתוח יכלול את ההוצאות הבאות:

2.2.3.3.1. שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.

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

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

3. הוצאות נוספות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל.

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

3.1. כיסוי להוצאות הטסה:

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

3.2. כיסוי להוצאות הטסה רפואית:

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

3.3. כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:

במקרה שתקופת השהות בחו"ל תהיה מעל חמישה ימים רצופים, ישתתף המבטח בשיעור 80% מהוצאות השהייה של מלווה אחד שהוצאו בפועל, ועד לסך 800 ₪ ליום, ועד תקרה של 30 ימים. היה המבטח קטין, שגילו נמוך מ-18 שנה, ישתתף המבטח בהוצאות שהייה עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, והכל בהתאם לאמור בסעיף זה.

3.4. כיסוי להוצאות שהייה של המבטח לאחר ניתוח:

המבטח יישא בעלות השהייה של המבטח בחו"ל, בכפוף לצורך רפואי ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל. הכיסוי יהיה עד לסך של 800 ₪ ליום, ועד 30 ימי שהייה בחו"ל מיום ששוחרר המבטח מבית החולים.

3.5. כיסוי להוצאות הטסת גופה:

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

3.6. הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל

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

3.7. פיצוי חד פעמי - בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח -

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

4. תנאי לחבות המבטח על פי פרק זה

4.1. תנאי לחבות המבטח לביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, כי המבטח

הינו תושב ישראל, והתגורר בישראל כדרך קבע למעלה מ-180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח.

- 4.2. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.
- 4.3. למען הסר ספק מובהר כי תכנית ביטוח זו אינה באה במקום, ואינה כוללת, ביטוח נסיעות לחו"ל.

5. חריגים מיוחדים

- בנוסף לאמור בתנאים הכלליים, המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 5.1. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי, ונועד במישרין או בעקיפין למטרות יופי ו/או אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, ולמעט: ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטח, או ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם BMI גבוה מ-40.
- 5.2. בדיקות מכל סוג אלא אם כן נעשו לצורך ביצוע ניתוח או במהלכו זריקות/ הזרקות או הזלפות אלא אם בוצעו בחדר ניתוח או במרפאה כירורגית או תחת שיקוף או תחת הרדמה, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפותרמי.
- 5.3. בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמייה לרבות CT ו-MRI שאינן במהלך ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ובדיקות סקר למיניהן.
- 5.4. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 5.5. ניתוחים או טיפולים כתוצאה ישירה מפעילות ספורטיבית מקצוענית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה.
- 5.6. השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בפרק ד'.
- 5.7. לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של מבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל ובלבד שהשרות הרפואי לו זכאי על פי פרק זה, אינו מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף העלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

פרק ו': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וביצוע בדיקות גנומיות

1. הגדרות לפרק זה

- 1.1. **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך.
 - 1.2. **מרשם:** מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד, ובמינון של טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
 - 1.3. **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם. להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
 - 1.4. **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בח"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.
 - 1.5. **רופא מומחה:** רופא שהוסמך ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי ע"י הרשויות המוסמכות לכך עפ"י דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.
 - 1.6. **רופא מומחה בכיר:** רופא מומחה שהינו או היה בעברו מנהל או סגן מחלקה או יחידה בבית חולים, או רופא מומחה בעל תואר פרופסור.
 - 1.7. **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי אשר מטרתו לרפא או לטפל או לאבחן או למנוע מצב רפואי, או להקל על הסימפטומים הרפואיים (כולל כאב), שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. מובהר כי תוספי מזון, תרופות הומאופטיות או טיפולים מתחום הרפואה משלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.
- ההגדרות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח -18-1-2015 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי".**

2. מקרה הביטוח

- מצבו הרפואי של המבוטח המחייב, על פי הוראת רופא מומחה, נטילת תרופה כהגדרתה להלן, באורח חד פעמי או מתמשך.
- 2.1. **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות**

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

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

המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות בישראל לא תחשב כתרופה ניסיונית.

2.3. תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL

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

1. פרסומי ה-FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug information

3. US Pharmacopoeia Drug Information Drugdex Micromedex ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

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

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

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

4. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה-National Guideline שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

א. NCCN

ב. ASCO

ג. NICE

T. ESMO Minimal Recommendation

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

2.5. טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית

תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:

2.5.1. תרופה שאושרה לשימוש כתכשיר לחולה בודד - תרופה שאינה כלולה בקריטריונים המצוינים בסעיף 2.1-2.4 לעיל, שאושרה לשימוש על פי הוראת רופא מומחה כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד.

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

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

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

2.5.5. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר בהסתמך על אבחון גנטי או גנומי שבוצע במעבדה או מכון מורשה.

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

3. לעניין פרק זה:

מצב רפואי המחייב טיפול תרופתי: המלצה או הוראה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על הצורך בטיפול התרופתי במצבו הרפואי המסוים של המבוטח.

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

5. תגמולי ביטוח

5.1. סכום ביטוח מירבי עבור טיפול תרופתי

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

5.1.2. סכום הביטוח המרבי עבור ס' 2.5 לעיל יהיה בשיעור 15% מסכום הביטוח כאמור.

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

5.2. השתתפות עצמית

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

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

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

6. ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן

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

7. תנאי לחבות המבטח

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

8. חריגים מיוחדים

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

8.1 טיפולים או תרופות לצורך ניסוי או מחקר. מובהר כי תרופות המצוינות בסעיפים 2.5 לא יחשבו כניסיוניות על פי פרק זה.

8.2 תרופות לטיפול באין אונות, או תרופות לטיפול שיניים.

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

8.4 תרופות ניסיוניות. יובהר כי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 על סעיפי המשנה בו, לא יחשבו כתרופות ניסיוניות לעניין פרק זה.

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

8.6 הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל:

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

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

פרק ז': ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

1. הגדרות לפרק זה

1.1. "בית חולים פרטי": אחד מאלה:

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

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

1.2. "התייעצות": התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, ובין אם בוצעה אחריו.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. מקרה הביטוח

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

3. הכיסוי הביטוחי

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

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

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

3.2. שכר מנתח;

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

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

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

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

4. תקופת אכשרה

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

5. חריגים לכיסוי

פוליסת ניתוחים תחריג מכיסוי את המקרים האלה:

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

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

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

5.4. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

- 5.6. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 5.7. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, עליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- 5.8. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 5.9. מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטירי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 5.10. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 5.11. מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 5.12. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

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

זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח עפ"י "מסלול משלים שב"ן" מותנית במיצוי זכאותו במסגרת תכנית שב"ן מוכרת בה הוא חבר, כמפורט להלן. המבוטח יפנה תחילה לשב"ן בו הוא חבר וימצא את זכאותו בהתאם לתנאי השב"ן. לאחר מכן, ומוקדם ככל האפשר, יעביר המבוטח את אישור הזכאות הכתוב שקיבל מהשב"ן למבטח. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח בטרם ביצוע הניתוח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.

1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1 "בית חולים פרטי" - אחד מאלה:
 - 1.1.1 בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013;
 - 1.1.2 בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשוהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2 "התייעצות" - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, ובין אם בוצעה אחריו;
- 1.3 "טיפול מחליף ניתוח" - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
- 1.4 "מרפאה כירורגית פרטית" - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות הממשלה, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- 1.5 "ניתוח" - פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
- 1.6 "קופת חולים" - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994;
- 1.7 "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
- 1.8 "שתל" - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
- 1.9 "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או התייעצות, שבוצעו בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות נותן שירות אשר יש למבטח עימו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות.

3. הכיסוי הביטוחי

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

3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו; אם בחר המבוטח לבצע התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם - ישפה המבוטח את המבוטח עד לתקרה של 1,500 ₪ לכל התייעצות.

3.2. שכר מנתח;

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

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

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

4. תגמולי ביטוח:

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

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

בקרות מקרה ביטוח החברה המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

4.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי הפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של ו/או המוסד הרפואי **הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.** יובהר, לצורך חישוב הפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, המבטח ייברר מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

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

5. תקופת אכשרה

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

6. חריגים לכיסוי

פוליסת ניתוחים תחריג מכיסוי את המקרים האלה:

- 6.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה;
- 6.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 6.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול, שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
 - 6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 6.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 6.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, עליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- 6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

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

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

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

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

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

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

פרק ז'(2): ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - כולל השתתפות עצמית בגובה 3,000 ₪

1. בנספח זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:

1.1. בית חולים פרטי:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי נספח זה, תחול ההגדרה שלהלן:
אחד מאלה:

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

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

1.2. התייעצות:

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

1.3. טיפול מחליף ניתוח:

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

1.4. מרפאה כירורגית פרטית:

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

1.5. ניתוח:

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

1.6. קופת חולים:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי נספח זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.7. רופא מומחה:

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

1.8. שתל:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי נספח זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.9. הסדר ניתוח:

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

1.10. הסדר התייעצות:

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

1.11. תקופת אכשרה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי נספח זה, תחול ההגדרה שלהלן:
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

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

3. הכיסוי הביטוחי

בקרת מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מקרים אלה:

3.1. **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח** ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

3.2. **שכר מנתח; בניכוי השתתפות עצמית** כמפורט בסעיף 3.5 להלן.

3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, **בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 3.5**, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום- ניתוח.

3.4. **טיפול מחליף ניתוח**; וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3.5. **השתתפות עצמית בגין ביצוע ניתוח:**

3.5.1. בקרת מקרה ביטוח של ביצוע ניתוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח הסדר ניתוח עמם, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המפורטות **בסעיפים 3.2 ו-3.3** לעיל, בניכוי השתתפות עצמית למקרה ביטוח בגובה 3,000 ₪.

למרות האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית כאמור בגין תשלומים לפי סעיפים 3.2 ו-3.3 לעיל, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

- 3.5.1.1. למבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי;
- 3.5.1.2. קיימות למבטח הוצאות רפואיות מעבר לכיסוי שקיבל מהשב"ן (ובלבד שקיבל כיסוי), בגין ביצוע ניתוח שהינו בהסדר בשב"ן.

3.5.2. במקרה שבו עלות הניתוח של המבטח נמוכה מ-3,000 ₪ על פי הסדר ניתוח שיש למבטח עם רופא ו/או מוסד רפואי, יאפשר המבטח למבטח לבצע את הניתוח על פי עלות הסדר הניתוח שיש למבטח עם אותו רופא ו/או מוסד רפואי, עבור הניתוח של המבטח.

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

4. חריגים

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על נספח זה. החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 4.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאין לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5. תקופת אכשרה

- 5.1. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.
- 5.2. על אף האמור בסעיף 5.5 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

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

1. מקרה הביטוח

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

2. תנאי לחבות המבטח

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

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

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

3. תגמולי ביטוח

המבטח יישא בעלות שירותי אשפוז או שיקום, כמפורט להלן:

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

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

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

3.2.1. מבוטח שגילו עד 67 שנים, שאושפז בבית חולים בישראל לצורך ניתוח או טיפול רפואי אחר, **שאינם קשורים בלידה ו/או ניתוח קיסרי**, המרוחק מעל 40 ק"מ ממקום מגוריו, לתקופה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לשיפוי בשיעור 80% עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה, במלונית או בית מלון, הסמוך לבית החולים למשך תקופת האשפוז, ולא יותר מ-400 ש"ח לכל יום, לכלל בני המשפחה, החל מיום האשפוז החמישי (5) ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה.

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

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

3.3. עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי

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

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

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

3.5. שירות למבוטח המרותק לביתו, לאחר ביצוע ניתוח

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

3.5.1. שירותי אחות פרטית

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

3.5.2. שירות רופא בבית

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

3.5.3. שירות טיפול וסיוע תפקודי

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

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

פרק ט': מרפאת מומחים ובדיקות אבחון

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

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

- 1.3 **מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.4 **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים)נוסח חדש(התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.5 **רופא מומחה:** רופא שהוסמך ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע יעוץ רפואי או בדיקה רפואית אבחנתית במהלך תקופת הביטוח.

3. מרפאת מומחים

3.1 התייעצות עם רופא מומחה

- 3.1.1 מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה, וכן יעוץ ברפואה ראשונית הניתנים ע"י רופא מומחה (רופא משפחה מומחה או רופא ילדים מומחה).
- 3.1.2 עבור התייעצות עם רופא מומחה יהיה זכאי המבוטח להשתתפות המבטח בשיעור 80% ועד 800 ₪ לכל התייעצות.
- 3.1.3 המבוטח יהיה זכאי לעד 3 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.

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

3.2. שירות "רופא מלווה"

3.2.1. מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מעלות עבור שירותי "רופא מלווה" ועד 2500 ₪, פעם אחת בתקופת הביטוח.

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

3.2.2. תנאי לחבות המבטח

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

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

3.2.3.1. בעיות בהתפתחות הילד.

3.2.3.2. טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי.

3.2.3.3. יעוץ במהלך אשפוז של המבוטח בבית חולים.

3.2.3.4. טיפולים למטרות יופי ואסתטיקה.

3.2.3.5. פוריות, הריון או עקרות.

3.2.3.6. טיפולים ברפואה משלימה.

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

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

3.4. חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

3.4.1. המבטח ישתתף בשיעור של 80% מההוצאה עבור התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, אך לא יותר מ-7000 ₪ פעם אחת בכל תקופת הביטוח.

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

3.4.3. במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של \$250 לכל יום שהות ועד שבעה ימי שהות.

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

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

4. בדיקות אבחוניות

4.1. בדיקות רפואיות אבחנתיות

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

יובהר כי חלקו של המבטח בעלות הבדיקה לא תפחת מ-250 ₪ לכל בדיקה.

4.2. בדיקות גנטיות או גנומיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה

המבטח ישתתף במלוא עלות בדיקות גנטיות או גנומיות שבוצעו במעבדה מורשית, על סמך הפניה של רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

4.3. חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית

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

5. שירותי אבחון מהיר

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

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

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

5.2.2. התייעצות עם רופא/ים מומחה/ים.

5.2.3. ביצוע בדיקות אבחון ופיענוחן.

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

5.3. **תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה.**

המבטח ישתתף בעלות השירות אך ורק בהתקיים התנאים שלהלן:

5.3.1. פגישת הייעוץ הראשונה עם הרופא הממין תואמה תוך 3 ימי עסקים ממועד פנייתו של המבטח לקבל את השירות, והאבחון בוצע והושלם תוך 7 ימי עסקים ממועד פגישת הייעוץ הראשונה עם הממין.

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

5.3.3. התשלום עבור השירות במלואו שולם לבית החולים הפרטי.

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

6. חריגים לפרק זה:

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

6.2. טיפולים הקשורים או כתוצאה של הריון או לידה.

6.3. טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.

- 6.4. טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 6.5. טיפולים למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפולים שלביצועם נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.6. טיפולים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ופרק ח- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.
7. תקופת אכשרה לפרק זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק י': הוצאות רפואיות נוספות

1. מקרה הביטוח:

ביצוע טיפול רפואי מכוסה במהלך תקופת הביטוח. יובהר כי הכיסוי הביטוחי כולל את הטיפולים המפורטים להלן והם בלבד.

2. תגמולי הביטוח

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

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

2.1.1. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן, ("נותן שירות בהסכם") והמבטח נדרש לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות, יישא המבטח במלוא השתתפות העצמית.

2.1.2. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות והשב"ן השתתף בעלות הטיפול באמצעות החזר כספי למבטח ("נותן שירות מוכר"), יישא המבטח בשיעור של 80% מההפרש שבין הסכום ששילם המבטח לנותן השירות לבין סכום ההחזר מאת השב"ן, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

2.1.3. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שלא בהסכם עם השב"ן או לא מוכר ע"י השב"ן, יישא המבטח בשיעור 60% מהסכום ששולם לנותן השירות, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

2.1.4. מבטח שהינו חייל בשירות סדיר או קבע זכאי לתגמולי ביטוח בשיעור 80% מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

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

3. רשימת הטיפולים המכוסים

3.1. אביזרים רפואיים

3.1.1. המבטח ישתתף בעלות רכישת אביזרים רפואיים שנרכשו במהלך תקופת הביטוח עפ"י המלצה בכתב מאת רופא מומחה, עד לתקרה של 4,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.

חריגים:

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

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

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

3.1.1.4. **לא יאושר אביזר לצורך טיפול נסיוני או המבוסס על טכנולוגיות נסיוניות.**

3.1.1.5. **הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 400 ₪ בכל פעם.**

3.1.2. **תקופת אכשרה**

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

3.2. **מנוי למשדר קרדיולוגי**

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

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

3.2.2. **אובחן במבטח הצורך בניית לב או השתלת לב.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.4. **חריגים**

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

3.3.4.2. **טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.**

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

3.4. בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות

3.4.1. בדיקות לנשים בהריון

המבטח ישתתף בעלות בדיקה שבוצעה בגופה של מבטוחת במהלך תקופת הביטוח, לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, עד לסכום של 3,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

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

3.4.2. בדיקות גנטיות טרום הריון

המבטח ישתתף בעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום הריון לשלילת מומים מולדים, שבוצעו במבטוח/ת במהלך תקופת הביטוח. **הזכאות הינה בגין בדיקה שהמבטוח/ת אינו/ה זכא/ית לה במסגרת סל הבריאות הממלכתי.** הזכאות הינה עד ל-1,250 ₪ לכל מבטוח/ת, פעם אחת בתקופת הביטוח.

3.4.3. טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

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

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

3.4.3.3. המבטח ישתתף בעלויות עבור טיפולים לפריון הגבר ובכלל זה פרוצדורות כירורגיות להוצאת תאי זרע מגופו של המבטוח והשבחתם שבוצעו במהלך תקופת הביטוח ועד 10,000 ₪.

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

3.4.4. ניתוח לצורך פריון והפריה

המבטח יישא במלוא העלות הכרוכה בביצוע ניתוח לצורך פריון והפריה אשר אינם מכוסים על פי פרק הניתוחים ובוצעו באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח. **יובהר כי טיפולי פריון והפריה הכלולים בסעיף 3.4.3 לא יכוסו על פי סעיף זה.**

3.4.5. מעקב הריון

המבטח ישתתף בעלות עבור ביקור המבטוחת אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, עד לסכום של 400 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.

3.4.6. שמירת הריון באשפוז

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

- 3.4.7 **שירותים ייחודיים לילדת**
מבוססת תהיה זכאית להשתתפות המבטח עבור השירותים המפורטים להלן, ולא יותר מהסכום הנקוב בכל אחד מהשירותים:
- 3.4.7.1 הדרכה פרטית להכנה ללידה בבית המבטחת - החזר עד 450 ש"ח. פעם אחת בתקופת הביטוח.
- 3.4.7.2 התייעצות עם יועצת הנקה - החזר עד 400 ש"ח, פעם אחת בתקופת הביטוח.
- 3.4.7.3 שירותי דולה/אחות פרטית ללידה - החזר עד 600 ש"ח.
- 3.4.7.4 עלות שכירת מכשיר איזי טנס - החזר עד 360 ש"ח.
- 3.4.7.5 החזר שהיה במלונות הצמודה לבית החולים לאחר הלידה - עד 4 ימים ועד 250 ש"ח לכל יום. הכיסוי הינו פעם אחת בכל תקופת הביטוח, למבטחת שלה לפחות 2 ילדים (לידת ילד שלישי או יותר).
- 3.4.8 **אם פונדקאית**
יובהר כי הזכאות על פי סעיף 3.4 - בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.
- 3.4.9 **חריגים**
- 3.4.9.1 על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.
- 3.4.9.2 לא יכוסו טיפולים המכוסים על פי פרק הניתוחים.
- 3.4.10 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 9 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבטח.**
- 3.5 **כיסוי מיוחד לילדים**
- 3.5.1 **בעיות הרטבה לילדים**
המבטח ישתתף בעלות של עד שני טיפולים לכל ילד מבטח למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 700 ש"ח לטיפול.
- 3.5.2 **אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה**
- 3.5.2.1 המבטח ישתתף בעלות שירותי אבחון למבטח שגילו עד 18 שנים, שבוצעו ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת BRC, TOVA, עד לסכום של 1,200 ש"ח. הזכאות הינה פעם אחת לכל תקופת ביטוח.
- 3.5.2.2 המבטח ישתתף בעלות עבור אבחון נוסף למבטח שגילו עד 18 שנים, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והמבטח מטופל תרופתית, ועד לסכום של 1,800 ש"ח.
- 3.5.3 **טיפול בבעיות התפתחות בילדים**
- 3.5.3.1 המבטח ישתתף בעלות טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה שאובחנו אצל מבטח עד גיל 18, המבוצעים על ידי: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג, עד לסכום של 120 ש"ח לטיפול, ולא יותר מ-30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.
- 3.5.3.2 לעניין סעיף זה "בעיות בהתפתחות הילד" - פגיעה, תפקוד לקוי, או עיכוב בתפקוד פיזי או נפשי או קוגניטיבי בהתאם לגילוי של המבטח.

- 3.5.3.3. חריגים
- 3.5.3.3.1. על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.
- 3.5.3.3.2. לא יכוסו טיפולים ניסיוניים.
- 3.5.3.4. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 12 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבטח.
- 3.6. יעוץ/טיפול פסיכולוגי/פסיכיאטר/עובד סוציאלי
- 3.6.1. המבטח ישתתף בעלות עבור יעוץ ו/או טיפול שניתן למבטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכיאטר ו/או עובד סוציאלי, עד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח ועד 250 ₪ לכל טיפול.
- 3.6.2. תנאי לחבות המבטח
- תנאי לחבות המבטח כי המבטח יצרף אישור חתום ע"י המטפל בלבד, המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול, ועלות הטיפול.
- 3.6.3. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבטח.
- 3.7. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי
- 3.7.1. המבטח ישתתף בעלות טיפולים ברפואה משלימה שבוצעו בפועל במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 120 ₪ לטיפול או התייעצות. המבטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:
- 3.7.1.1. הומיאופתיה.
- 3.7.1.2. אוקופונקטורה.
- 3.7.1.3. כירופרקטיקה.
- 3.7.1.4. אוסטיאופתיה.
- 3.7.1.5. רפלקסולוגיה.
- 3.7.1.6. שיאצו.
- 3.7.1.7. ייעוץ דיאטטי.
- 3.7.1.8. שיטת פלדנקרייז.
- 3.7.1.9. ביו-פידבק.
- 3.7.1.10. נטורופתיה.
- 3.7.1.11. הרבולוגיה.
- 3.7.1.12. שיטת פאולה.
- 3.7.1.13. שיטת אלכסנדר.
- 3.7.1.14. שיטות טיפול אחרות המוצעות ע"י מכוני הסדר ומוכרות ע"י תכנית השב"ן באותה קופות החולים.
- 3.7.2. תנאי לחבות המבטח
- 3.7.2.1. קבלת השתתפות המבטח עבור שירותי רפואה משלימה מותנית בקבלת אישור מרופא המטפל על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.
- 3.7.2.2. תנאי לחבות המבטח כי המבטח יצרף אישור חתום ע"י המטפל המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול, ועלות הטיפול.

- 3.7.3. חריגים
- 3.7.3.1. לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל.
- 3.7.3.2. לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.
- 3.7.3.3. לא יינתן שיפוי עבור ביצוע טיפול שאינו נמנה על רשימת הטיפולים המצוינת בס"ק 3.7.1.
- 3.7.3.4. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.
- 3.8. טיפול לריפוי או הקלה בכאב
- 3.8.1. המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול או סדרת טיפולים להקלה או טיפול בכאב, עד לסך של 10,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.
- לעניין סעיף זה "טיפול בכאב": טיפולים לצורך הקלה בכאב, או טיפולים בסימפטומים של מחלה, פגיעה, פגם או עיוות אצל המבוטח, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, לרבות ומבלי למצות: באמצעות טיפול תרופתי, הזרקות או הזלפות חומרים משככי כאב, לרבות תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלם רדיו או לייזר מכל סוג שהוא, השתלת קוצב או משאבה, טיפול בתא לחץ, או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, עפ"י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב, או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.
- 3.8.2. תנאי לחבות המבטח
- תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה הוא כי המבוטח יפנה אל המבטח ויקבל אישור מראש בטרם קבלת הטיפול. קבלת אישור המבטח מראש היא תנאי מהותי לאחריותו.
- 3.8.3. חריגים:
- 3.8.3.1. טיפולים מתחום הרפואה המשלימה. כמו כן על פי סעיף זה לא יינתן כיסוי עבור תוספות מזון ו/או ויטמינים.
- 3.8.3.2. טיפולים הקשורים או כתוצאה של הריון או לידה.
- 3.8.3.3. טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.
- 3.8.3.4. טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 3.8.3.5. טיפולים למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפולים שלביצועם נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 3.8.3.6. טיפולים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ופרק ד'- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.
- 3.8.4. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.

3.9 טיפולים בתא לחץ

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

3.9.2 חריגים:

3.9.2.1 טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.

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

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

3.10 שרתי סיוע באשפוז (שלא לצורך ניתוח)

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

3.10.2 בנוסף לאמור לעיל, המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין כל יום אשפוז כמפורט להלן: מבוטח שגילו בעת מקרה הביטוח מעל 18 שנה, ואשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, יהיה זכאי לפיצוי של 100 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית בת 10 ימים.

3.10.3 מבוטח שגילו בעת מקרה הביטוח מתחת ל-18 שנים, ואשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, יהיה זכאי לפיצוי של 200 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית בת 10 ימים.

איך לנהוג בעת תביעה?

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

מה לעשות כשצריך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל?

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

ביצוע ניתוח באופן דחוף

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

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

מה לעשות כשצריך ניתוח פרטי?

■ ליצור קשר עם מוקד שירות לקוחות הראל בטלפון הרשום מטה ולקבל הדרכה ביצירת קשר עם הרופא המנתח במידת הצורך וכן לקבל טופס תביעה.

■ לאחר בחירת הרופא המנתח יש לשלוח את טופס התביעה הכולל את שמו של הרופא, הסכמתו לביצוע הניתוח ואת כל פרטי תולדות המחלה וסוג הניתוח.

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

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

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

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

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

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

כיסוי לבעלי שב"ן (ביטוח משלים בקופ"ח)

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

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

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

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

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

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

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

אנו עומדים לשירותך בכל עת!

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000

פרטי התקשרות

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞

אבא הלל 3, בית הראל, 📍

ת.ד. 1951, רמת גן 5211802



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