



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי ארגון הסגל האקדמי הזוטר -
אוניברסיטת תל-אביב

לכבוד חברי/חברות הסגל האקדמי

שלום רב,

במסגרת המאמץ לשיפור רווחת חברי הסגל ובני משפחותיהם ועל מנת להבטיח לחברי הסגל ולבני משפחותיהם כיסוי רפואי הולם, מוצעת לכם בזאת הצעה לכיסוי ביטוח רפואי שנבחרה ע"י מומחה בתחום ביטוחי בריאות.

ההצעה הותאמה במיוחד לצורכי חברי הסגל ובני משפחותיהם.

חוברת זו מכילה את התנאים ואת הכיסויים הביטוחיים, את אופן ההצטרפות ואת הנחיות לפעולה בעת התביעה וכד'.

אנו רואים בתוכנית דרך להגדלת השקט הנפשי וכלי לשיפור איכות השירות הרפואי בעת הצורך.

בברכת בריאות איתנה,

הראל חברה לביטוח בע"מ ארגון הסגל האקדמי הזוטר

אוניברסיטת ת"א

תוכן עניינים

4	מידע שימושי
5	ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על פי תקנות "גילוי נאות")
10	פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח
10	בריאות בסיס
12	בריאות משלים לשב"ן
16	בריאות מורחב
20	הוראות ותנאים כלליים לביטוח
20	בריאות בסיס, בריאות משלים לשב"ן, בריאות מורחב
30	בריאות בסיס
30	פרק 1 - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה)
32	פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
34	פרק 3 - התייעצות עם רופאים מומחים במקרה של מחלה קשה
35	פרק 4 - חוות דעת נוספת בחו"ל
37	בריאות משלים לשב"ן
37	פרק 1 - ניתוחים - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן
41	פרק 2 - פיצוי בגין ימי אשפוז
42	פרק 3 - בדיקות אבחוניות
43	פרק 4 - טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות
44	פרק 5 - כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים)
45	פרק 6 - יעוץ פסיכולוגי
47	בריאות מורחב
47	פרק 1 - ניתוחים
50	פרק 2 - פיצוי בגין ימי אשפוז
51	פרק 3 - בדיקות אבחוניות
52	פרק 4 - טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות
53	פרק 5 - כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים)
54	פרק 6 - יעוץ פסיכולוגי
55	פרק 7 - שירותים רפואיים נוספים
57	נוהל הגשת תביעה
59	מידע לפורש
60	בקשה לביטול פוליסת הבריאות

מידע שימושי

בתוכנית "בריאות בסיס" מבוטחים, כל חברי הסגל האקדמי הזוטר. התוכנית כוללת את הכיסויים הבאים:

1. השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל
 2. תרופות שאינן מכוסות בסל הבריאות.
 3. התייעצות עם רופאים מומחים במקרה של מחלה קשה.
 4. חוות דעת נוספת בחו"ל.
- חברי הסגל יוכלו לצרף את בני/בנות זוגם וילדיהם עד גיל 18 לביטוח וזאת לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת הבריאות. (מצ"ב טופס הצטרפות)
- דמי הביטוח עבור בני המשפחה ישולמו באמצעות הוראת קבע או באמצעות כרטיס אשראי ישירות לחברת הביטוח.
- בנוסף ל"בריאות בסיס" מומלץ להצטרף גם לתוכנית "בריאות משלים לשב"ן ו"בריאות מורחב", המאפשרות הרחבת הכיסוי הרפואי לחברי הסגל ובני משפחותיהם ומאפשרת כיסוי רפואי ברמת רפואה פרטית. (בהתאם למפורט בפוליסות להלן).
- הרחבת הכיסוי הביטוחי יעשה ע"י מילוי טופס ההצטרפות והצהרת הבריאות המצ"ב עבור חברי הסגל ובני משפחותיהם.
- דמי הביטוח לתוכנית "בריאות משלים לשב"ן" ו"בריאות מורחב" עבור חברי הסגל ובני משפחותיהם ישולמו באמצעות הוראת קבע או באמצעות כרטיס אשראי ישירות לחברת הביטוח.

למידע ולקבלת ייעוץ ניתן לפנות להראל חברה לביטוח בע"מ,

מוקד שרות ומידע בטלפון 1-800-44-5000

מגדלי בסר 2, רח' בן גוריון 1 בני ברק ת.ד. 888 בני ברק 5110802

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

בהתאם להוראות המפקחת על הביטוח להלן סקירת מכנית הביטוח והנספחים:

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	פוליסת בריאות לעובדי ארגון הסגל האקדמי הזוטר - אוניברסיטת תל-אביב.
	שם בעל הפוליסה	ארגון הסגל האקדמאי הזוטר באוניברסיטת תל אביב.
	שם המבטח	הראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבטח ו/או החברה ו/או החברה המבטחת).
הכיסויים בפוליסה		<p style="text-align: center;">בריאות בסיס</p> <p>א. השתלות וטיפולים רפואיים בחו"ל. ב. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות. ג. התייעצות עם רופאים מומחים במקרה של מחלה קשה. ד. חוות דעת נוספת בחו"ל</p> <p style="text-align: center;">בריאות משלים לשב"ן</p> <p>א. ניתוחים. ב. פיצוי בגין ימי אשפוז. ג. בדיקות אבחוניות. ד. טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות. ה. כיסוי מיוחד לילדי המבטח (צעירים). ו. יעוץ פסיכולוגי.</p> <p style="text-align: center;">בריאות מורחב</p> <p>א. ניתוחים. ב. פיצוי בגין ימי אשפוז. ג. בדיקות אבחוניות. ד. טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות. ה. כיסוי מיוחד לצעירים. ו. יעוץ פסיכולוגי. ז. שירותים רפואיים נוספים.</p>
משך תקופת הביטוח	תקופת הביטוח תהיה מיום ה-01.11.2013 ועד ליום ה-31.10.2023.	
תנאים לחידוש אוטומטי		הביטוח יתחדש אוטומטית באותם תנאים לתקופות נוספות של 5 שנים כל פעם, אלא אם הודיע אחד הצדדים בהודעה בכתב לצד האחר, לפחות 90 יום לפני מועד סיום תקופת הביטוח על רצונו שלא לחדש, בהתאם לסעיף 11.1 בפרק "חלק כללי".

תנאים	סעיף	נושא
<p>בריאות בסיס</p> <p>פרק 1 - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל סעיף 4 (כולל הצלת שמיעה וראיה): 3 חודשים.</p> <p>פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות: 3 חודשים.</p> <p>פרק 4 - חוות דעת נוספת בחו"ל: 6 חודשים.</p> <p>בריאות משלים לשב"ן</p> <p>פרק 1 - ניתוחים: 3 חודשים.</p> <p>פרק 2 - פיצוי בגין ימי אשפוז: 3 חודשים.</p> <p>פרק 3 - בדיקות אבחוניות: 3 חודשים.</p> <p>פרק 4 - טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות: 3 חודשים.</p> <p>פרק 5 - כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים) סעיף 4: 3 חודשים, למעט אבחון בעיות התפתחות ילדים לסעיף זה תקופת האכשרה הינה 12 חודשים.</p> <p>פרק 6 - יעוץ פסיכולוגי: 6 חודשים.</p> <p>בריאות מורחב</p> <p>פרק 1 - ניתוחים: 3 חודשים.</p> <p>פרק 2 - פיצוי בגין ימי אשפוז: 3 חודשים.</p> <p>פרק 3 - בדיקות אבחוניות: 3 חודשים.</p> <p>פרק 4 - טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות: 3 חודשים.</p> <p>פרק 5 - כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים): 3 חודשים, למעט אבחון בעיות התפתחות ילדים לסעיף זה תקופת האכשרה הינה 12 חודשים.</p> <p>פרק 6 - יעוץ פסיכולוגי: 6 חודשים.</p> <p>פרק 7 - שירותים רפואיים נוספים סעיפים 4-1: 6 חודשים. סעיפים 5-7: 12 חודשים.</p>	<p>תקופת אכשרה</p>	<p>כללי</p>
<p>בריאות משלים לשב"ן</p> <p>פרק 1 - ניתוחים סעיף 8: 60 יום.</p> <p>בריאות מורחב</p> <p>פרק 1 - ניתוחים סעיף 8: 60 יום.</p>	<p>תקופת המתנה</p>	

נושא	סעיף	תנאים
כללי	השתתפות עצמית	<p>בריאות בסיס</p> <p>פרק 1 - השתללות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל סעיף 3 ג': 20% מסכום השיפוי המרבי.</p> <p>פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות: 15% ממחיר המנה החדשית או 200 ש"ח, הגבוה מביניהם.</p> <p>פרק 4 - חוות דעת נוספת בחו"ל: 20% מההוצאה.</p> <p>בריאות משלים שב"ן</p> <p>פרק 1 - ניתוחים. סעיף 6: 20% מהעלות.</p> <p>פרק 3 - בדיקות אבחוניות: 20% מההוצאה.</p> <p>פרק 4 - טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות: 50% מההוצאה.</p> <p>פרק 5 - כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים) סעיף 4: 20% מההוצאה.</p> <p>פרק 6 - ייעוץ פסיכולוגי: 20% מעלות כל טיפול.</p> <p>בריאות מורחב</p> <p>פרק 1 - ניתוחים סעיף 6: 20% מההוצאה.</p> <p>פרק 3 - בדיקות אבחוניות: 20% מההוצאה.</p> <p>פרק 4 - טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות: 50% מההוצאה.</p> <p>פרק 5 - כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים) סעיף 4: 20% מההוצאה ועד 621 ש"ח לפגישה.</p> <p>פרק 6 - ייעוץ פסיכולוגי: 20% מההוצאה.</p> <p>פרק 7 - שירותים רפואיים נוספים סעיף 1: 20% מההוצאה. סעיף 2: 20% מההוצאה. סעיף 3: 20% מההוצאה. סעיף 4: 20% מההוצאה. סעיף 5: 20% מההוצאה. סעיף 6: 20% מההוצאה. סעיף 7: 20% מההוצאה לילד.</p>

נושא	סעיף	תנאים																																															
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	<p>חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח לחברה או למבוטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.</p>																																															
	גובה פרמיה	<p>דמי הביטוח החודשיים בש"ח ואופן תשלום עבור חברים שהינם מועסקים, יהיו כדלקמן:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>גיל המבוטח</th> <th>בריאות בסיס</th> <th>בריאות משלים לשב"ן</th> <th>בריאות מורחב</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ילד</td> <td>3.49</td> <td>7.85</td> <td>17.36</td> </tr> <tr> <td>20-54</td> <td>15.00</td> <td>24.39</td> <td>54.87</td> </tr> <tr> <td>55 ומעלה</td> <td>15.00</td> <td>34.65</td> <td>80.07</td> </tr> </tbody> </table> <p>דמי הביטוח החודשיים בש"ח ואופן התשלום עבור חברים שהינם מלגאים יהיו כדלקמן:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>גיל המבוטח</th> <th>בריאות בסיס</th> <th>בריאות משלים לשב"ן</th> <th>בריאות מורחב</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ילד</td> <td>3.49</td> <td>7.85</td> <td>17.36</td> </tr> <tr> <td>20-54</td> <td>19.00</td> <td>24.39</td> <td>54.87</td> </tr> <tr> <td>55 ומעלה</td> <td>19.00</td> <td>34.65</td> <td>80.07</td> </tr> </tbody> </table> <p>לחברי סגל פורשים, דמי הביטוח יהיו כדלקמן:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>גיל המבוטח</th> <th>בריאות בסיס</th> <th>בריאות משלים לשב"ן</th> <th>בריאות מורחב</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ילד</td> <td>7.96</td> <td>14.07</td> <td>19.03</td> </tr> <tr> <td>20-54</td> <td>22.00</td> <td>33.08</td> <td>71.68</td> </tr> <tr> <td>55 ומעלה</td> <td>22.00</td> <td>58.99</td> <td>185.92</td> </tr> </tbody> </table> <p>סכומי הפרמיה צמודים למדד ונכונים ליום ה-01.11.2013, כאשר מדד הבסיס הינו מדד חודש ספטמבר שפורסם ב-15.10.2013.</p>	גיל המבוטח	בריאות בסיס	בריאות משלים לשב"ן	בריאות מורחב	ילד	3.49	7.85	17.36	20-54	15.00	24.39	54.87	55 ומעלה	15.00	34.65	80.07	גיל המבוטח	בריאות בסיס	בריאות משלים לשב"ן	בריאות מורחב	ילד	3.49	7.85	17.36	20-54	19.00	24.39	54.87	55 ומעלה	19.00	34.65	80.07	גיל המבוטח	בריאות בסיס	בריאות משלים לשב"ן	בריאות מורחב	ילד	7.96	14.07	19.03	20-54	22.00	33.08	71.68	55 ומעלה	22.00	58.99
גיל המבוטח	בריאות בסיס	בריאות משלים לשב"ן	בריאות מורחב																																														
ילד	3.49	7.85	17.36																																														
20-54	15.00	24.39	54.87																																														
55 ומעלה	15.00	34.65	80.07																																														
גיל המבוטח	בריאות בסיס	בריאות משלים לשב"ן	בריאות מורחב																																														
ילד	3.49	7.85	17.36																																														
20-54	19.00	24.39	54.87																																														
55 ומעלה	19.00	34.65	80.07																																														
גיל המבוטח	בריאות בסיס	בריאות משלים לשב"ן	בריאות מורחב																																														
ילד	7.96	14.07	19.03																																														
20-54	22.00	33.08	71.68																																														
55 ומעלה	22.00	58.99	185.92																																														
מבנה הפרמיה	משתנה עפ"י גיל.																																																
שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	בכל 36 חודשים ממועד 1.10.2016, תיערך התאמת פרמיה.																																																

נושא	סעיף	תנאים
תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח/מוטב	בהודעה בכל עת לחברה, בהתאם לסעיף 7.2 בפרק "חלק כללי"
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	<p>א. אם המבוטח אינו משלם את דמי הביטוח כסדרם ובהתאם להוראות חוק הבריאות.</p> <p>ב. עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהמבטח את בירור חבותו או להכביד עליו.</p> <p>ג. המבוטח פסק מלהיות חבר סגל ולא הצטרף לתכנית במסגרת אישית ובהתאם לסעיף 7.1 בפרק "חלק כללי".</p>
חריגים	החרגה בגין מצב רפואי קיים	<p>חריגים למצב רפואי קיים</p> <p>1. החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:</p> <p>1.1. מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח.</p> <p>1.2. מקרה הביטוח אירע בתקופת האכשרה.</p>
		<p>1.3. סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.</p> <p>1.4. חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:</p> <p>א. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת תקופת הביטוח.</p> <p>ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת תקופת הביטוח.</p>
סייגים לחבות המבטחת		<p>פרק הגדרות כלליות, סעיף 2</p> <p>בריאות משלים לשב"ן</p> <p>פרק 1 - ניתוחים, סעיף 5.</p> <p>בריאות מורחב</p> <p>פרק 1 - ניתוחים, סעיף 5.</p> <p>פרק 7 - שירותים רפואיים נוספים, סעיף 2.5.</p>

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

בריאות בסיס:

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור מראש	שיפוי/ פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
פרק 1 - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה)				
יש קיצוז	ביטוח תחליפי. לחלק מהכיסויים ביטוח מוסף	יש צורך באישור מראש	שיפוי	השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל: תקרת תגמולי הביטוח לכל תקופת הביטוח למבוטח: השתלת איבר בחו"ל - 5,961,112 ₪. טיפול מיוחד בחו"ל - 1,043,195 ₪.
פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות				
יש קיצוז	ביטוח מוסף	אין צורך באישור מראש	שיפוי	תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות: תרופה שאינה ממומנת במלואה ע"י קופת החולים ואינה כלולה בסל התרופות לפי חוק הבריאות ובתנאי שהתרופה רשומה בספר התרופות בישראל ו/או מאושרת ע"י הרשות המוסמכת בארה"ב (F.D.A) הרשות המוסמכת לאישור תרופות במדינות האיחוד האירופאי. תרופה ניסיונית ו/או חומרים אלטרנטיביים ו/או לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת, אינה מכוסה במסגרת פוליסה זו.
פרק 3 - התייעצות עם רופאים מומחים במקרה של מחלה קשה				
יש קיצוז	ביטוח תחליפי	אין צורך באישור מראש	שיפוי	התייעצות עם רופאים מומחים במקרה של מחלה קשה: במקרה של גילוי מחלה: סרטן, אי ספיקת כליות, שבץ מוחי, התקף לב עיוורון או נכות מלאה ותמידית - החזר התייעצות עם רופא מומחה בתחום, עד 1,242 ₪ לכל התייעצות, עד 2 התייעצויות לשנת ביטוח.
פרק 4 - חוות דעת נוספת בחו"ל				
יש קיצוז	ביטוח תחליפי.	יש צורך באישור מראש	שיפוי	חוות דעת נוספת בחו"ל: תשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל - 80% מן הסכום אותו שילם המבוטח בפועל, עד 5,648 ₪. תשלום עבור התייעצות בחו"ל - כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה ו-1,176 ₪ לכל יום שהות עד 7 ימי שהות.

בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים:

ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים).

בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).

ביטוח משלים - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מהסל הבסיסי ו/או שב"ן.

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

ההגדרות האמורות תקפות מיום פרסומן.

בריאות משלים לשב"ן:

מובהר בזאת כי סכום הביטוח המירבי יהא ההפרש בין הזכאות עפ"י פרק זה לבין הסכום לו הוא זכאי במסגרת השב"ן בו הוא עמית.

אם מבוטח שרכש את התוכנית המשלימה לשב"ן אין כיסוי במסגרת השב"ן, לצורך חישוב זכאותו ייחשב סכום הביטוח של שב"ן שירותי בריאות כללית כסכום לו זכאי המבוטח במסגרת השב"ן.

פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור המבטח מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק 1 - ניתוחים				
<p>ניתוחים: בגין ניתוחים בישראל המבוצעים ע"י נותן שירות שבהסכם לא תחול תקרת שיפוי. בגין ניתוחים המבוצעים ע"י נותן שירות שאינו בהסכם תהיה תקרת שיפוי לפי הסכום המירבי שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל המבטח. בגין ניתוחים בחו"ל שאינם נכללים בפרק 1 בתכנית "בריאות בסיס": בגין ניתוח המבוצע ע"י נותן שירות הנמצא בהסדר עם המבטח לא תחול תקרת שיפוי. בגין ניתוח המבוצע ע"י נותן שירות שאינו נמצא בהסדר עם המבטח תהיה תקרת השיפוי בגובה 200% מהתקרה הנקובה בסעיף 2.1.2 בפרק 1 בתכנית "בריאות משלים לשב"ן"</p>	שיפוי	יש צורך באישור מראש	ביטוח משלים	יש קיצוז
<p>שירותים נלווים לניתוח:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. אחות פרטית בבית החולים לאחר הניתוח - 559 ₪ ליום עד 14 ימי אשפוז. 2. שירות הסעה באמבולנס לצורך ביצוע הניתוח - סך הכיסוי הינו התעריף הרשמי של מגן דוד אדום. 3. עד שתי פגישות עם מבצע הניתוח, לפני ו/או אחרי ביצוע הניתוח. 4. חוות דעת נוספת לפני ניתוח אצל מנתח אחר - עד 994 ₪. 5. חוות דעת שנייה על בדיקה פתולוגית. 6. טיפול פיזיותרפי ורפוי בעיסוק לאחר ניתוח - 80% מעלות כל טיפול ולא יותר מ-199 ₪ לטיפול, עד 16 טיפולים. 7. החלמה לאחר ניתוח - בניית לב או מוח או גב - עד 621 ₪ לכל יום החלמה ועד 14 ימי החלמה. <p>בניתוח אחר שכתוצאה ממנו אושפז המבוטח לתקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים, או לאחר אירוע לב או אירוע רפואי אחר - עד 621 ₪ לכל יום החלמה ועד 8 ימי החלמה.</p>				

פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה			
קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש	שיפוי/פיצוי
אין קיזוז	ביטוח מוסף	אין צורך באישור מראש	פיצוי
<p>8. אובדן כושר עבודה לאחר ניתוח - פיצוי חודשי בסך 4,968 ₪.</p> <p>9. פיצוי על הידבקות מעירוי - הדבקות מעירוי דם במהלך הניתוח או אשפוז בבית חולים. באיידס - פיצוי חד פעמי בגובה 124,190 ₪. בדלקת נגיפית אחרת - פיצוי חודשי בגובה עד 4,968 ₪ עד 12 חודשים.</p>			
פרק 2 - פיצוי בגין ימי אשפוז			
יש קיזוז	ביטוח מוסף	אין צורך באישור מראש	פיצוי
<p>פיצוי בגין ימי אשפוז: 310 ש"ח ליום במקרה של אשפוז רצוף בבי"ח בישראל, החל מהיום הרביעי ועד תקופה של 14 ימים.</p> <p>במקרה של אשפוז בבי"ח כתוצאה מסיבוכי הריון - פיצוי נוסף בגובה 124 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום ה-15 - לפיצוי, ועד 12,419 ₪.</p>			
פרק 3 - בדיקות אבחוניות			
יש קיזוז	ביטוח תחליפי	יש צורך באישור מראש	שיפוי
<p>בדיקות אבחוניות: 80% מההוצאות הממשיות בגין בדיקות אבחון מעבדה ו/או הדמיה וכל בדיקה הנדרשת לאבחון מחלתו של המבוטח, לרבות בדיקות גנטיות, בתנאי שניתנה למבוטח המלצה מרופא שהבעיה הרפואית הנבדקת הינה תחום מומחיותו והיא מוגבלת לסכום של עד 3,726 ₪ למבוטח לשנת ביטוח.</p>			
פרק 4 - טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות			
יש קיזוז	ביטוח מוסף	אין צורך באישור מראש	שיפוי
<p>טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות: 50% מסך ההוצאות בפועל ועד 12,419 ₪ לשנת ביטוח עבור טיפולים רפואיים אשר אינם ממומנים ע"י קופ"ח ובלבד שיבוצעו בבתי חולים ציבוריים מוכרים ע"י הרשויות המוסמכות ואינם לצורך מטרה קוסמטית או אסתטית.</p>			
פרק 5 - כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים)			
אין קיזוז	ביטוח מוסף	אין צורך באישור מראש	פיצוי
<p>כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים):</p> <p>1. היעדרות מבוטח שגילו נמוך מ-30 מלימודים כתוצאה ממחלה או תאונה - 124 ש"ח ליום לכל יום היעדרות מלא מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 יום.</p> <p>2. הרחבה אשפוז לילדים - פיצוי ע"ס 124 ש"ח ליום החל מהיום ה-14 ולמשך 30 יום.</p>			

פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה				
קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש	שיפוי/פיצוי	
אין קיזוז	ביטוח מוסף	אין צורך באישור מראש	שיפוי	<p>3. כיסוי מיוחד לסטודנטים - החזר הוצאות שכ"ל במקרה היעדרות מלימודים לתקופה ארוכה כתוצאה ממחלה או תאונה - החזר בגובה שכר הלימוד ששולם ע"י המבוטח ועד 12,419 ₪ ובתנאי שהמבוטח יציג אישור כי לא קיבל החזר דמי הלימוד.</p> <p>4. אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה - למבוטח שגילו 3 עד 10 שנים - 80% מן ההוצאה בפועל עד 621 ₪ לפגישה ועד 3 פגישות לתקופת ביטוח.</p>
פרק 6 - יעוץ פסיכולוגי				
יש קיזוז	ביטוח תחליפי	אין צורך באישור מראש	שיפוי	יעוץ פסיכולוגי: 80% מעלות הטיפול עד 199 ₪ לכל טיפול עד 20 טיפולים לכל תקופת הביטוח.

בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים:

ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים).

בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).

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

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

ההגדרות האמורות תקפות מיום פרסומן.

כיסוי ביטוחי רובד משלים לשב"ן לפרק הניתוחים

- הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוחים המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
- למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן).
- למבוטחים שרכשו הרחבה לחברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטוח תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטוח לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

בריאות מורחב:

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש	שיפוי/ פיצוי	פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה
פרק 1 - ניתוחים				
יש קיצוז	ביטוח מוסף. לחלק מהכיסויים ביטוח תחליפי	יש צורך באישור מראש	שיפוי	<p>ניתוחים: בגין ניתוחים בישראל המבוצעים ע"י נותן שירות שבהסכם לא תחול תקרת שיפוי. בגין ניתוחים המבוצעים ע"י נותן שירות שאינו בהסכם תהיה תקרת שיפוי לפי הסכום המירבי שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל המבטח.</p> <p>בגין ניתוחים בחו"ל שאינם נכללים בפרק 1 בתכנית "בריאות בסיס": בגין ניתוח המבוצע ע"י נותן שירות הנמצא בהסדר עם המבטח לא תחול תקרת שיפוי. בגין ניתוח המבוצע ע"י נותן שירות שאינו נמצא בהסדר עם המבטח תהיה תקרת השיפוי בגובה 200% מהתקרה הנקובה בסעיף 2.1.2 בפרק 1 בתכנית "בריאות מורחב".</p>
יש קיצוז	ביטוח מוסף. לחלק מהכיסויים ביטוח תחליפי	יש צורך באישור מראש	שיפוי	<p>שירותים נלווים לניתוח:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. אחות פרטית בבית החולים לאחר הניתוח - 559 ש"ח ליום עד 14 ימי אשפוז. 2. שירות הסעה באמבולנס לצורך ביצוע הניתוח - סך הכיסוי הינו התעריף הרשמי של מגן דוד אדום. 3. עד שתי פגישות עם מבצע הניתוח, לפני ו/או אחרי ביצוע הניתוח. 4. חוות דעת נוספת לפני ניתוח אצל מנתח אחר - עד 994 ש"ח. 5. חוות דעת שנייה על בדיקה פתולוגית. 6. טיפול פיזיותרפי וריפוי בעיסוק לאחר ניתוח - 80% מעלות כל טיפול ולא יותר מ-199 ש"ח לטיפול, עד 16 טיפולים. 7. החלמה לאחר ניתוח - בניית לב, מוח או גב - עד 621 ש"ח לכל יום החלמה ועד 14 ימי החלמה. בניית אחר שכתוצאה ממנו אושפז המבטח לתקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים, או לאחר אירוע לב או אירוע רפואי אחר - עד 621 ש"ח לכל יום החלמה ועד 8 ימי החלמה.
אין קיצוז	ביטוח מוסף	אין צורך באישור מראש	פיצוי	<ol style="list-style-type: none"> 8. אובדן כושר עבודה לאחר ניתוח - פיצוי חודשי בסך 4,968 ש"ח. 9. פיצוי על הידבקות מעירוי - הדבקות מעירוי דם במהלך הניתוח או אשפוז בבית חולים. באיידס - פיצוי חד פעמי בגובה 124,190 ש"ח. בדלקת נגיפית אחרת - פיצוי חודשי בגובה עד 4,968 ש"ח עד 12 חודשים.

פירוט ותיאור הכיסויים בפוליסה				
קיזוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן; רובר ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש	שיפוי/ פיצוי	
פרק 2 - פיצוי בגין ימי אשפוז				
אין קיזוז	ביטוח מוסף	אין צורך באישור מראש	פיצוי	פיצוי בגין ימי אשפוז: 310 ש"ח ליום במקרה של אשפוז רצוף בבי"ח בישראל, החל מהיום הרביעי ועד תקופה של 14 ימים. במקרה של אשפוז בבי"ח כתוצאה מסיבוכי הריון - פיצוי נוסף בגובה 124 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום ה-15 - לפיצוי, ועד 12,419 ש"ח.
פרק 3 - בדיקות אבחוניות				
יש קיזוז	ביטוח תחליפי	יש צורך באישור מראש	שיפוי	בדיקות אבחוניות: 80% מההוצאות הממשיות בגין בדיקות אבחון מעבדה ו/או הדמיה וכל בדיקה הנדרשת לאבחון מחלתו של המבוטח, לרבות בדיקות גנטיות, בתנאי שניתנה למבוטח המלצה מרופא שהבעיה הרפואית הנבדקת הינה תחום מומחיותו והיא מוגבלת לסכום של עד 3,726 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח.
פרק 4 - טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות				
יש קיזוז	ביטוח מוסף	אין צורך באישור מראש	שיפוי	טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות: 50% מסך ההוצאות בפועל ועד 12,419 ש"ח לשנת ביטוח עבור טיפולים רפואיים אשר אינם ממומנים ע"י קופ"ח ובלבד שיבוצעו בבתי חולים ציבוריים מוכרים ע"י הרשויות המוסמכות ואינם לצורך מטרה קוסמטית או אסתטית.
פרק 5 - כיסוי מיוחד לצעירים				
אין קיזוז	ביטוח מוסף	אין צורך באישור מראש	פיצוי	כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים): 1. היעדרות מבוטח שגילו נמוך מ-30 מלימודים כתוצאה ממחלה או תאונה - 124 ש"ח ליום לכל יום היעדרות מלא מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 יום. 2. הרחבה אשפוז לילדים - פיצוי ע"ס 124 ש"ח ליום החל מהיום ה-14 ולמשך 30 יום. 3. כיסוי מיוחד לסטודנטים - החזר הוצאות שכ"ל במקרה היעדרות מלימודים לתקופה ארוכה כתוצאה ממחלה או תאונה - החזר בגובה שכר הלימוד ששולם ע"י המבוטח ועד 12,419 ש"ח ובתנאי שהמבוטח יציג אישור כי לא קיבל החזר דמי הלימוד. 4. אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה - למבוטח שגילו 3 עד 10 שנים - 80% מן ההוצאה בפועל עד 621 ש"ח לפגישה ועד 3 פגישות לתקופת ביטוח.
אין קיזוז	ביטוח תחליפי	אין צורך באישור מראש	שיפוי	

פירוט ותיאור הכיסיים בפוליסה				שיפוי/ פיצוי	צורך באישור המבטח מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן; ורבד ביטוחי אחר	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק 6 - יעוץ פסיכולוגי							
יעוץ פסיכולוגי: 80% מעלות הטיפול עד 199 ש"ח לכל טיפול עד 20 טיפולים לכל תקופת הביטוח.				שיפוי	אין צורך באישור מראש	ביטוח תחליפי	יש לקזז
פרק 7 - שירותים רפואיים נוספים							
שירותים רפואיים נוספים:				שיפוי	אין צורך באישור מראש	ביטוח תחליפי	יש קיצוז
<p>1. התייעצות עם רופא מומחה - 80% משכר התייעצות, עד 621 ש"ח ועד 3 התייעצות לשנת ביטוח אחת.</p> <p>2. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי - 80% מההוצאה בפועל ועד 149 ש"ח לטיפול או התייעצות ועד 12 טיפולים או התייעצויות לכל שנת ביטוח.</p> <p>3. התעמלות שיקומית - 80% מההוצאות בפועל ועד סכום מירבי של 224 ש"ח לחודש, עד 12 חודשים בגין התעמלות שיקומית בעקבות אירוע לב או אירוע רפואי אחר המהווה מקרה ביטוח, ע"פ הפניה מפורשת מרופא.</p> <p>4. מנוי למשדר קרדילוגי - 80% מההוצאה בפועל עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדילוגי עד 199 ש"ח לחודש ועד 24 חודשים.</p> <p>5. בדיקות לנשים בהריון - 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-3,726 ש"ח לכל הריון עבור בדיקה וסריקה על קולית מורחבת, שקיפות עורפית, אקו לב של העובר, מי שפיר, חלבון עוברי ובדיקת כרומוזמים לשלילת תסמונת דאון וטרזומיה 18.</p> <p>6. בדיקות גנטיות - 80% עד 1,242 ש"ח עבור הבדיקות: THALASSEMIA, C.F, X השביר, F.M.F, גושה, CANAVAN, במקרים בהם הבדיקה אינה ממומנת ע"י הסל הבסיסי או משרד הבריאות. פעם אחת לכל תקופת הביטוח.</p> <p>7. טיפולי פוריות והפריה חוץ גופית - החזר להפריית מבחנה עבור ילד שלישי ורביעי - 80% מההוצאה ועד 12,419 ש"ח לילד. החזר להפריית מבחנה וטיפול הפריה עבור ילד ראשון ושני - 80% מההוצאה ועד 1,863 ש"ח לילד.</p> <p>8. עבור טיפול פוריות ו/או הפריה עבור ילד ראשון שלא ניתן לבצע בישראל ובוצע בחו"ל - 80% מההוצאה בפועל ועד 24,838 ש"ח לילד.</p>							

בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים:

ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים).

בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון)

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

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

ההגדרות האמורות תקפות מיום פרסומן.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

הוראות ותנאים כלליים לביטוח

בריאות בסיס, בריאות משלים לשב"ן, בריאות מורחב

מוצהר ומוסכם בזאת כי תמורת תשלום דמי ביטוח, כמפורט בדף פרטי ביטוח, ובכפופות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, ישפה המבטח ו/או ישלם ישירות לספקי השירות ו/או יפצה את המבוטח - הכל בהתאם למחויבות המבטח על פי כל אחד מפרטי הביטוח, עבור סך כל מקרי ביטוח בכל פרק, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בכל פרק או סעיף בהם נקבע שיעור כזה.

1. הגדרות כלליות

- בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:
- 1.1 המבטח:** הראל חברה לביטוח בע"מ.
 - 1.2 הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות הצעת הביטוח, דף פרטי הביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו.
 - 1.3 בעל הפוליסה:** ארגון הסגל האקדמי הזוטר באוניברסיטת תל אביב.
 - 1.4 המבוטח:** חבר בסגל האקדמי הזוטר באוניברסיטת תל אביב וכן בן או בת זוג של חבר בסגל כאמור אשר הגיש בקשה בכתב להיות מבוטח, ו/או ילדיהם כולל ילדים המאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים ע"פ חוק אשר הוגשה בקשה בכתב לכללם כמבוטחים.
 - 1.5 הצעת הביטוח:** טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחיד משפחתו.
 - 1.6 תאריך תחילת הביטוח:** התאריך הנקוב בתעודת הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח".
 - 1.7 תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת החוזה או חידושו יחשב כתקופה רציפה אחת. מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע בטרם תחילת הביטוח.
 - 1.8 דמי הביטוח:** הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או על המבוטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט בתעודת הביטוח.
 - 1.9 מקרה הביטוח:** מצב המתואר בפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
 - 1.10 מדד:** מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
 - 1.11 שנת ביטוח:** תקופה של 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח.
 - 1.12 יממה:** יום ולילה המהווים יחדיו וברצף 24 שעות.
 - 1.13 תעודת ביטוח:** מסמך שיימסר לכל מבוטח, הכולל את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה והמבוטח/ים, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח, דמי ביטוח, הכיסויים הכלולים בפוליסה וההגבלות על היקף הכיסוי, רשימת נותני השירות שבהסכם; אופן קבלת השירות הרפואי, תגמולי הביטוח ודרך חישובם, נוהל הגשת תביעה בעת קרות מקרה הביטוח ונוהל קבלת דמי הביטוח.

- 1.14. **סכום ביטוח:** הסכום המיירבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף הביטוח.
- 1.15. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981.
- 1.16. **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
- 1.17. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
- 1.18. **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.19. **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי. כולל המסגרות שאושרו ע"י הרשויות למתן שירותי רפואה פרטיים ו/או נוספים בבתי חולים ציבוריים.
- 1.20. **בית חולים שבהסכם:** בית חולים כמוגדר לעיל ואשר למבטח הסכם התקשרות עמו לצורך ביצוע ניתוחים וטיפולים למבטוחים כמפורט ברשימה המצורפת לפוליסה זו המשתנה מעת לעת.
- 1.21. **ניתוח:** כל פעולה פולשנית-חדירתית (INVASIVE), בכל טכניקה כירורגית הידועה היום או בעתיד כולל באמצעות לייזר, אשר מטרתה ריפוי ו/או אבחון מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון: הראית אבריים פנימיים (ENDOSCOPY למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה.
- "ההגדרה וההוראה של הפרוצדורה הרפואית "ניתוח" נוסחה באופן שמטיב עם המבטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר הביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.**
- 1.22. **מנתח הסכם:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים, במקום מתן הטיפול או ביצוע הניתוח או ביצוע כל פעולה רפואית אחרת, בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח, ואשר למבטח הסכם התקשרות עמו לצורך ניתוחים וטיפולים למבטוחים כמפורט ברשימה המצורפת לפוליסה זו המשתנה מעת לעת.
- 1.23. **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה, בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.24. **רופא מומחה:** מנהל או סגן מנהל מחלקה או מנהל מכון/יחידה בבית חולים ציבורי או מי שכהן בעבר במשרה זו ו/או רופא בעל תואר אקדמי של פרופסור ממוסד אקדמי מוכר בישראל ובלבד שתחום עיסוקו ומומחיותו הנם בנושאים הרלוונטיים.
- 1.25. **אח/אחות:** אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות. ובמקרה של טיפול בחו"ל - אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
- 1.26. **נותן שרות שבהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשור או יתקשר המבטח בהסכם.
- 1.27. **תותבת:** אביזר או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים בגוף המבטח במהלך ביצוע ניתוח(כגון עדשה, פרק ירך וכו').
- 1.28. **אביזר רפואי:** פריט רפואי אשר נעשה בו שימוש חיצוני ואשר נמצא ברשימת האביזרים הרפואיים כמפורט ברשימה המצורפת לפוליסה זו.
- 1.29. **ספר התרופות:** רשימת התרופות כפי שמופיעה בפרסום רשימת התרופות המאושרות ע"י הרשות המוסמכת במדינת ישראל.
- 1.30. **טיפול חלופי:** טיפול חלופי הנו טיפול רפואי מסוג אחד, אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי מסוג אחר, ובלבד שהטיפול מהסוג האחד אינו כרוך בתוצאות חמורות יותר למטופל, ו/או שסיכויי הצלחתו אינם נופלים מסיכויי הצלחה של הטיפול המומלץ מהסוג האחר.

- 1.31. **מצב חירום רפואי:** בסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה לחייו או קיימת סכנה כי תגרם לאדם נכות בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף.
- 1.32. **תביעה:** פנייה מאת מבוטח אל המבטח לקבלת תגמולי ביטוח ו/או למתן התחייבות לתשלום דמי ביטוח, ובכלל זה מתן התחייבות לתשלום בעבור טיפול כלשהו, המכוסה בפוליסה זו, בין אם נעשתה טרם קבלת הטיפול על ידי המבטח ובין אם נעשתה לאחריה.
- 1.33. **המועד הקובע:** 01.11.2013.
- 1.34. **שב"ן:** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות הניתנים על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתם בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבטח ו/או על ידי אישיות משפטית שהוקמה על ידי קופת חולים ו/או על ידי חברת ביטוח ביחד ו/או בשם ו/או עבור קופת החולים, לרבות שירותי בריאות במסגרת תוכנית לשירותי בריאות נוספים כהגדרתה בחוק הבריאות ו/או בכל הסדר חוקי שיבוא במקומו.
- 1.35. **תאונה:** היזק גופני בלתי צפוי מראש הנגרם במשך תקופת הביטוח במישורין ע"י אמצעי חיצוני וגלוי לעין אשר מהווה, ללא כל תלות בכל סיבה אחרת, את הסיבה היחידה, הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח.

2. חריגים כלליים

- 2.1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 2.1.1. מקרה הביטוח נובע מאי-שפיות, התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראות רופא.
- 2.1.2. מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה או עקיפה של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).
- 2.1.3. מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של פעילות עבריינית של המבטח.
- 2.1.4. מקרה הביטוח ארע לפני מועד הצטרפות המבטח לביטוח זה או אחרי תום תקופת הביטוח.

3. חריגים למצב רפואי קיים

- החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 3.1. מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח.
- 3.2. מקרה הביטוח אירע בתקופת האכשרה.
- 3.3. סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 3.3.1. חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
- א. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת תקופת הביטוח.
- ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת תקופת הביטוח.

- 3.3.2. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- 3.3.3. על אף האמור בסעיף 3.3.1 לעיל, סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 3.4. פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 3.3.1 לעיל, ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייוספו הפרשי הצמדה. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 3.5. על אף האמור לעיל, המבטח יהיה אחראי וישלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח הנובע ממום ו/או מחלה מולדים ו/או מקרה ביטוח שהינו תוצאה של סיבוכי הריון ו/או לידה ו/או סיבוכי לידה ו/או אירוע שאירע במהלך הלידה, אם שני ההורים היו מבוטחים לפחות ששה חודשים לפני לידתו של המבוטח והוא צורף לביטוח תוך שלושה חודשים מיום לידתו.

4. תגמולי ביטוח

- 4.1. המבוטח יהיה זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי, והכל על פי תנאי הפוליסה. כתב ההתחייבות יונתן למבוטח תוך 7 ימי עבודה ממועד הגשת התביעה בכפוף לקבלת כל המסמכים הדרושים למבטח על-פי שיקול דעתו של המבטח לצורך קביעת חבותו. לחילופין יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח בעד קבלות מקוריות. תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת הקבלות המקוריות הנוגעות לאותה תביעה במשרדי החברה ובכפוף לאישור התביעה.
- 4.2. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 4.3. 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 המבטח.
- 4.4. נפטר מבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה ישלם את היתרה לעיזבונו של המבוטח או ליורשיו על פי צו קיום צוואה או על פי צו ירושה.
- 4.5. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
- 4.6. הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם ומבלי שתפגע זכות המבוטח לגבות מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבוטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. 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. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

5. תביעות

המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם אם נתקיימו כל אלה:

- 5.1. המבוטח הודיע מראש למבטח על מקרה הביטוח וקיבל אישור המבטח לחבותו על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבטח לקיום מקרה ביטוח ולחבותו על פי האמור בפרק 1 בתכנית ביטוח בריאות בסיס ופרק 1 בתכניות בריאות משלים לשב"ן ובריאות מורחב (ניתוחים), הוא תנאי מהותי לאחריות המבטח. על אף האמור בסעיף זה, 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 ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי ו/או ביצוע הניתוח. תוקף האישור כאמור בסעיף זה הינו למשך 30 יום ובתנאי לתקפות הביטוח.
- 5.2. המבוטח חתם על כתב ויתור סודיות רפואית ומסר למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתחייבים לתביעתו, ואת כל המסמכים הדרושים למבטח לברור תביעתו, והכל אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבוטח.
- 5.3. תשלום תגמולי ביטוח ישירות למבוטח מותנה בכך שהמבוטח המציא למבטח קבלות מקוריות המאשרות ביצוע תשלום בפועל על ידו. במקרה כאמור בסעיף 4.6 לעיל, יהיה המבוטח רשאי להגיש למבטח העתקים מאושרים של הקבלות, ובכל מקרה לא יקבל החזר העולה על גובה ההוצאה למעט כיסויים המבוססים על בסיס פיצוי (לא שיפוי).
- 5.4. המבוטח יהא זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה לשם בדיקת אמיתות העובדות המשמשות יסוד לתביעה, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמו, ובלבד שהבדיקה אינה מסכנת את המבוטח או עלולה לגרום לו נכות ו/או סבל, ומקום ביצועה של הבדיקה יהיה במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח. 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.

6. הצמדה

- 6.1. סכומי הביטוח הקובעים בפוליסה זו ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבוטח הכל פי העניין, יהיו צמודים למדד.
- 6.2. חישוב הצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני התשלום בפועל על ידי המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח, או על-ידי המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד שפורסם ביום 15 לאוקטובר 2013 שיהווה את המדד הבסיסי של הפוליסה.

7. ביטול ביטוחו של מבוטח מסוים ו/או ביטול הפוליסה

- 7.1. המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה ובכפוף לכל דין. ביטוחו של מבוטח מסוים אינו ניתן לביטול על ידי המבטח אלא במקרים הבאים:
 - 7.1.1. המבוטח אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח כסדרם, במקרה כנ"ל יבוטל הביטוח על פי הוראת חוק הביטוח.
 - 7.1.2. עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהמבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, לא יהא המבטח חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו הדבר.
 - 7.1.3. המבוטח פסק מלהיות חבר סגל ולא הצטרף לתוכנית במסגרת אישית.

7.2 ביטול על ידי בעל הפוליסה ו/או המבטח -

- 7.2.1 המבטח רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח על פי הפוליסה בהודעה בכתב למבטח בכל עת ומכל סיבה שהיא.
- 7.2.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבטח, והודיע המבטח לחברה או למבטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 7.2.3 ביטול הפוליסה על ידי המבטח שהינו חבר סגל משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי המבטחים שהינם בן זוג של החבר ו/או ילדיו. ביטול הביטוח המתחייס אך ורק לבן זוגו של החבר ו/או ילדיו לא יהווה ביטול הפוליסה המתחייס למבטח שהינו חבר סגל, אלא אם ביקש זאת חבר הסגל במפורש.
- 7.2.4 בוטל ביטוחו של מבטח מסוים שהינו חבר סגל כאמור בסעיף 7.2.3 יהיה בן/בת הזוג רשאית/להמשיך את הביטוח באותם התנאים בהם היו מבטחים קודם לביטול הביטוח על ידי חבר הסגל, בתנאי שהודיעו על כך בכתב למבטח לא יאוחר מ-90 יום מיום ביטול הפוליסה, ויסדירו עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח המגיעים לו מהם.
- 7.2.5 ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה משמעו ביטול לגבי כל המבטחים.
- 7.2.6 בוטלה הפוליסה על ידי בעל הפוליסה, יהיו רשאים המבטחים לרכוש ביטוח רפואי פרטי לפי בחירתם ללא צורך במתן הצהרה על מצבם הרפואי וללא תקופת אכשרה, לא יאוחר מ-90 יום מיום ביטול הפוליסה, ובתעריף שיהיה נהוג באותה עת בכפוף לגיל המבטח בעת מימוש זכות זאת ובתנאי שבעל הפוליסה לא ערך ביטוח רפואי אחר. למען הסר ספק, הכיסוי לגבי המבטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח. כמו כן, לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי.
- 7.2.7 בוטל ביטוחו של חבר הסגל ו/או בן/בת זוגו וילדיו עקב סיום חברותו בסגל האקדמי הזוטר של אוניברסיטת תל אביב, יהיו רשאים מבטחים אלו להמשיך את הביטוח בתעריף הנקוב לפרש ולבני משפחתו לפי בחירתם ללא צורך במתן הצהרה על מצבם הרפואי וללא תקופת אכשרה, לא יאוחר מ-90 יום מיום ביטול הפוליסה, בכפוף לגיל המבטח בעת מימוש זכות זאת. למען הסר ספק, הכיסוי לגבי המבטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח, וכמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי.

8 הצטרפות לביטוח

- 8.1 ההצטרפות לתוכניות הביטוח הינה כדלקמן:
- הצטרפות חברי הסגל לתוכנית "בריאות בסיס" הינה אובליגטורית.
- הצטרפות בני/ות הזוג וילדיהם לתוכנית "בריאות בסיס" הינה וולונטרית.
- הצטרפות חברי הסגל ובני/ות זוגם וילדיהם לתוכניות "בריאות משלים לשב"י" ו"בריאות מורחב" הינה וולונטרית.
- בהצטרפות וולונטרית לא יכוסה מקרה ביטוח שהינו תוצאה של מצב בריאות לקוי שהיה קיים במבטח בשלוש השנים שקדמו לכניסתו לביטוח, או בחמש השנים שקדמו לכניסתו לביטוח במקרה של מחלות ממאירות.

8.2. צירוף מבוטח

- (א) מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 10(ג) לחוק עובדים זרים;
 - (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.
- (ב) סעיף משנה (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
- (1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
 - (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כסיו 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.
- (ג) פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

9. ביטוח המשך ללא חיתום

- 9.1 האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור, יינתן במקום ובתנאים המפורטים להלן:
- 9.1.1 סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;
 - 9.1.2 הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם;
 - 9.1.3 פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.
 - 9.1.4 גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.
- 9.2 במקרים המפורטים בסעיף קטן 9.1.1-9.1.4, תפנה החברה בכתב לכל מבטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעה החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.
- המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.

10. גביית מיסים והיטלים

בעל הפוליסה יגבה מן המבוטחים את דמי הביטוח המגיעים למבטח מהם, והכל בהתאם להוראות ו/או להסכמות שימסרו על ידי העמיתים לעניין זה, ויעבירם במרוכז למבטח, לא יאוחר מה-10 בכל חודש קלנדרי. הורה עמית לבעל הפוליסה שלא לגבות את דמי הביטוח כאמור, לא יישא בעל הפוליסה באחריות כלשהי לתשלומם של דמי הביטוח כאמור. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי מימים ממשלתיים ואחרים החלים ו/או יחולו עפ"י דין ישיר על המבטח בין אם בגין הפוליסה ובין אם לאו, ישולמו ע"י המבטח ללא זכות קיזוז מהמבוטח או מבעל הפוליסה. עוד יובהר, כי לא יהיה בהוראות סעיף זה כדי לשלול מן המבטח זכות, תרופה או סעד כלפי המבוטח, להם יהיה זכאי לפי כל דין.

11. תקופת הביטוח

- 11.1. תקופת הביטוח הינה 10 שנים החל מהמועד הקובע ועד לתאריך 3.10.2023. ההסכם יחודש אוטומטית באותם תנאים לתקופות נוספות של 5 שנים כל אחת. מוסכם ומוצהר כי על אף האמור לעיל יהיה כל צד רשאי להביא הסכם זה לסימום בתום 5 שנות הביטוח הראשונות בהודעה בכתב שתינתן לצד האחר לפחות 90 יום לפני מועד סיום תקופת הביטוח. הוראות הפוליסה לרבות דמי הביטוח יעמדו בעינם במלואן עד למועד סיום הביטוח.
- 11.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח לחברה או למבוטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 11.3. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 3 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 11.4. ביום 1.10.2016, ובכל 36 חודשים ממועד זה, תיערך התאמת פרמיה.

12. התיישנות

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

13. חוק הביטוח

הוראות חוק הביטוח יחולו על פוליסה זו בכל אותם עניינים אשר לא הוסדרו בפוליסה עצמה.

14. מתן מסמכים והודעות למבוטח

- החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי גאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוורה עליהם המפקח; "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין החברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 14.1. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין החברה ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 14.2. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבוטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבוטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבוטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 14.3. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; לעניין זה -
- 14.4. "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנוכללה בפוליסה;

”שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי” - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה לחברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

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

בריאות בסיס

תוכן עניינים

פרק 1 - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה)

1. מקרה הביטוח

2. סכום הביטוח

3. תגמולי הביטוח

4. קביעת מקרה הביטוח להשתלה וטיפול מיוחד בחו"ל

פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות

2. מקרה הביטוח

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

פרק 3 - התייעצות עם רופאים מומחים במקרה של מחלה קשה

פרק 4 - חוות דעת נוספת בחו"ל

בריאות בסיס

פרק 1 - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל (כולל הצלת שמיעה וראיה)

1. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הנו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב השתלה בארץ ובחו"ל הגדרת השתלה כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושג לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1 טיפולים רפואיים. ניתוחים וטיפול תרופתי מיוחד (להלן טיפול מיוחד)

מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח או טיפול רפואי או טיפולים תרופתיים מיוחדים הדרושים להצלת חיי המבוטח או מניעת נכותו התמידית או להצלת שמיעה וראייה ובתנאי שהטיפול המיוחד אינו ניתן לביצוע בישראל מטעם כלשהו או אין לו טיפול חלופי בישראל או טרם נצבר בישראל ניסיון מוכח בביצוע הטיפול סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית מביצוע הטיפול בארץ עפ"י חוות דעת של רופא מומחה בר סמכא בתחומו (מנהל מחלקה) או זמן המתנה לביצוע הטיפול המיוחד או הטיפול החלופי בארץ עולה על זמן סביר וקיים סיכון לחיי המבוטח וזמן ההמתנה בחו"ל קצר משמעותית מזמן ההמתנה בארץ. האמור לעיל ללא כל התניה באישור קופ"ח או כל מבטח אחר.

1.2 מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד בו אובחן לראשונה הצורך בניתוח או בטיפול הרפואי האחר, כאמור לעיל.

1.3 למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הנו חלק מאותו מקרה ביטוח.

2. סכום הביטוח

2.1 סכום הביטוח המרבי עבור מקרה ביטוח של השתלת איבר הנו בסך 5,961,112 ש.

2.2 סכום הביטוח המרבי עבור מקרה ביטוח של טיפול מיוחד כאמור בסעיף 2.1 לעיל יהיה בסך 1,043,195 ש.

2.3 המבוטח יהיה זכאי לאחר ביצוע טיפול רפואי כמפורט בסעיף 1.1 לעיל לפיצוי מיוחד נוסף כלהלן:

2.3.1 24 גמלאות בסך 5,216 ש לחודש לאחר ביצוע השתלה.

2.3.2 למען הסר ספק הגמלה תשולם למבוטח גם אם ההשתלה בוצעה בארץ; ו/או שלא על פי הפוליסה, ומלבד שהיא מכוסה ע"פ תנאי הפוליסה.

2.3.3 נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא הגמלאות כאמור בסעיף 2.3.1 תשולם היתרה ליורשי המבוטח כדין.

2.3.4 אושרה זכאותו של המבוטח להשתלה עפ"י פוליסה זו, והמבוטח הוגדר כלא כשיר לעבודה באופן מוחלט כתוצאה ממצבו הרפואי, הגמלאות ע"פ סעיף 2.3.1 יחלו מיום אובדן כושר העבודה.

2.4 תרם המבוטח איבר מגופו לצורך ביצוע השתלה יהא זכאי המבוטח התורם לפיצוי בגובה 3,726 ש לחודש למשך 6 חודשים מיום ביצוע ההשתלה וזאת כל עוד הינו במצב של אי כושר עבודה מוחלט כתוצאה מהניתוח.

3. תגמולי הביטוח

3.1. החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עקב קרות מקרה הביטוח, אך לא יותר מסכום הביטוח כמפורט בסעיף 2 לעיל, על פי הקטגוריות כדלקמן:

(א) הוצאות לרכישת כרטיסי טיסה למבוטח ולמלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, לרבות הטסה בשכיבה, הנדרשת עקב מצבו הרפואי של המבוטח, וכן לרבות הוצאות הטסת ציוד וליווי רפואי הכרחי עקב מצבו הרפואי של המבוטח. במקרה של מבוטח שגילו אינו עולה על 18 יוכרו הוצאות הטיסה של מלווה נוסף.

(ב) הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח.

(ג) הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של המבוטח ומלווה בארץ הטיפול בהיותם בהמתנה לביצוע הטיפול הרפואי או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינה רפואית, וכן הוצאות מגורים סבירות של המלווה בתקופת אשפוזו של המבוטח, הוצאות המגורים והכלכלה הסבירות למבוטח ולמלווה ביחד לא יעלו על 26,080 ₪ לחודש שהייה בחו"ל ועד 20% מסכום השיפוי המרבי.

(ד) הוצאות אשפוזו של המבוטח והטיפול הרפואי בו לרבות שכר רופאים, אחיות, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, תרופות, תותבות, הוצאות הפעילות הרפואית הכרוכות בהשתלת איברים, ובכלל זה איתורם, קציר האיברים המושתלים, העברתם ושימורם, הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבוטח להוציא בחו"ל על פי הוראה רפואית. מובהר בזאת במפורש כי כל הוצאות הנזכרות לעיל הן הוצאות ישירות לביצוע הטיפול הרפואי שאושר וטיפולים הכרוכים בו, והחברה לא תהיה אחראית ולא תשפה את המבוטח עבור הוצאות רפואיות בגין טיפולים אחרים, וגם לא עבור הוצאות טיפול שיניים, שאינם נובעים ישירות מן הטיפול הרפואי שאושר ו/או חיוניים לביצועו, וגם לא עבור הוצאות אחרות שאינן רפואיות למעט הוצאות המפורטות בסעיף 3.1 זה.

(ה) שכר יעוץ והוצאות הכרוכות בהטסת מומחה רפואי מחו"ל לישראל ובחזרה ליעוץ ו/או טיפול רפואי למבוטח אשר לא ניתן להעבירו לביצוע הטיפול הרפואי לחו"ל.

(ו) הוצאות רפואיות בלבד הנדרשות עבור המשך טיפול בחו"ל, הנובע ישירות מהטיפול הרפואי בחו"ל ואינו ניתן לביצוע בארץ.

(ז) הוצאות הטסת גופתו של המבוטח במקרה מותו חו"ח בעת שהייתו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול הרפואי.

מובהר בזאת כי לא תכוסנה כל הוצאות בישראל הקשורות בהבאת הגופה.

3.2. החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה, לשלם את הוצאות הרפואיות, כולן או חלקן, ישירות למי שביצע בחו"ל את הטיפול הרפואי במבוטח או לשלמן לידי המבוטח. המבוטח זכאי לקבל מהחברה מקדמות או התחייבות כספית, שיאפשרו לו קבלת הטיפול הרפואי, ובלבד שזכאותו של המבוטח על פי חוזה הביטוח אינה שנויה במחלוקת.

4. קביעת מקרה הביטוח להשתלה וטיפול מיוחד בחו"ל

הצורך בביצוע השתלה בחו"ל או טיפול מיוחד בחו"ל כאמור בפרק זה, ייקבע על ידי שני רופאים מומחים בתחום הרלוונטי, אליהם יפנה המבוטח, לפי בחירתו.

תקופת אכשרה להשתלה וטיפול מיוחד על פי פרק זה הינה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות

- 1.1. תרופה - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.2. טיפול תרופתי - נטילת תרופה על פי מרשם באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הנו מצבו הרפואי של המבוטח הנזקק, על פי הוראת רופא, לצורך טיפול במחלתו או לצורך החלמתו, ליטול תרופה שאינה ממומנת במלואה על ידי קופת החולים בה הוא מבוטח מאחר ואינה כלולה בסל התרופות לפי חוק הבריאות לטיפול במחלה הספציפית בה חלה המבוטח, וכל זאת בתנאי שהתרופה רשומה בספר התרופות בישראל ו/או מאושרת ע"י הרשות המוסמכת בארה"ב (F.D.A.) או הרשות המוסמכת לאישור תרופות במדינות האיחוד האירופי, ובלבד שמתן התרופה ייעשה כדון. **יובהר בזאת כי תרופות ניסיוניות, למעט אם אין הן נחשבות במקום בו הן ניתנות ואם אושרו כאמור בסעיף זה, ו/או חומרים אלטרנטיביים, ו/או לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת, אינם מכוסים במסגרת פוליסה זו.**

א. 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 מהמדינות 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).

ב. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות:

כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו של המבוטח על ידי הרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.

ג. תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת כ-OFF LABEL:

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

(1) פרסומי ה-FDA

(2) American Hospital Formulary Service Drug Information

(3) US Pharmacopoeia - Drug Information

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

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

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

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

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

א. NCCN

ב. ASCO

ג. NICE

ד. ESMO Minimal Recommendation

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

הסכום המרבי אותו תשלם החברה למבוטח מעל להשתתפות העצמית במהלך תקופת הביטוח יהיה 1,000,000 ש"ח. תגמולי הביטוח אותם תשלם החברה בגין מקרה ביטוח מותנים בהשתתפות עצמית של המבוטח לכל מנה חודשית של תרופה בגובה של 15% ממחיר המנה החודשית או 200 ש"ח, הגבוה מביניהם.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק 3 - התייעצות עם רופאים מומחים במקרה של מחלה קשה

המבוטח יהיה זכאי, במקרה גילוי מחלה: סרטן, אי ספיקת כליות, שבץ מוחי, התקף לב, עיוורון או נכות מלאה ותמידית, להחזר התייעצות עם רופא מומחה בתחום, עד לסך של 1,242 ₪ לכל התייעצות, ועד 2 התייעצויות לשנת ביטוח.

פרק 4 - חוות דעת נוספת בחו"ל

בנוסף לאמור בפרק 3 לעיל, המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח לתשלום בעבור קבלת חוות דעת רפואית נוספת ע"י רופאים מומחים בחו"ל, ממרכזים רפואיים המאושרים ע"י המבטח ובעל הפוליסה. תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל. חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור.

המבטח ישפה את המבוטח בגין התייעצות כאמור בשיעור של 80% מן הסכום אותו שלם המבוטח בפועל, ועד לשיפוי מירבי בסך 5,648 ₪.

במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל היא חיונית לקבלת הייעוץ, החברה תשפה את המבוטח בגובה כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום בגובה 1,176 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

בריאות משלים לשב"ן

תוכן עניינים

פרק 1 - ניתוחים

1. מקרה הביטוח
2. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח
3. ביצוע ניתוח ללא מעורבות המבטח
4. הודעה מראש
5. ההגבלות לאחריות המבטח לפי פרק זה
6. טיפול פיזיותרפי ורפוי בעיסוק לאחר ניתוח
7. החלמה לאחר ניתוח
8. אובדן כושר עבודה לאחר ניתוח
9. פיצוי על הידבקות מעירוי

פרק 2 - פיצוי בגין ימי אשפוז

פרק 3 - בדיקות אבחוניות

פרק 4 - טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות

פרק 5 - כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים)

1. מקרה הביטוח
2. הרחבה אשפוז לילדים
3. כיסוי מיוחד לסטודנטים
4. אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה

פרק 6 - ייעוץ פסיכולוגי

בריאות משלים לשב"ן

פרק 1 - ניתוחים - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח. מועד קרות מקרה הביטוח הוא המועד בו נקבע לראשונה על ידי רופא כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח.

2. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

2.1. המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאותיו לכל הניתוחים בארץ ובחו"ל ללא השתתפות עצמית של המבוטח, בכפוף להערה בסוף פרק זה, לפי התנאים כדלקמן:

2.1.1. בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי נותן שירות שבהסכם לא תחול תקרת שיפוי.

2.1.2. בגין ניתוחים המבוצעים על ידי נותן שירות (רופא / בית חולים) שאינו בהסכם תהיה תקרת שיפוי לפי הסכום המרבי שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל המבטח.

2.1.3. בגין ניתוחים בחו"ל שאינם נכללים בפרק 1 בתוכנית בריאות בסיס, תהיה תקרת השיפוי כדלקמן: בגין ניתוח המבוצע באמצעות נותן שירות הנמצא בהסדר עם המבטח לא תחול תקרת שיפוי. בגין ניתוח המבוצע ע"י נותן שירות שאינו נמצא בהסדר עם המבטח תהיה תקרת השיפוי בגובה 200% מהתקרה הנקובה בסעיף 2.1.2. למען הסר ספק, אין בהוראות פרק זה כדי לגרוע מן האמור בפרק 1 בפוליסת בריאות בסיס.

2.2. המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לשיירות רפואיים שלהלן אותם קיבל המבוטח עקב צורך רפואי בתוך תקופת הביטוח, ובלבד שסכום תגמולי הביטוח בגין שירות רפואי מסוים לא יעלה על הסכום הנקוב לצד השירות, כפי שמפורט ע"י ספק השירות הרפואי, אם פורט סכום מרבי בגין אותו שירות.

2.2.1. שירותי ניתוח ואשפוז

2.2.1.1. שכר מנתח פרטי

2.2.1.2. הוצאות רופא מרדים.

2.2.1.3. הוצאות חדר ניתוח.

2.2.1.4. הוצאות אשפוז בבית חולים.

2.2.1.5. בדיקה פתולוגית.

2.2.1.6. תותבת - עד סכום של 37,257 ₪.

2.2.2. שירותים נלווים

2.2.2.1. שכר אח/אחות פרטית בעת שהותו של המבוטח בבית"ח ועד 559 ₪ לכל יום אשפוז ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

2.2.2.2. שירותי הסעה באמבולנס לצורך העברתו של המבוטח לבית החולים וממנו בקשר עם ביצוע הניתוח, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מן דוד אדום.

2.2.2.3. עד שתי פגישות עם מבצע הניתוח, לפני ו/או אחרי ביצוע הניתוח.

2.2.2.4. חוות דעת נוספת לפני ניתוח אצל מנתח אחר ועד 994 ₪ וזאת מבלי לגרוע מזכות המבוטח עפ"י פרק 3 ב"בריאות בסיס".

2.2.2.5. חוות דעת שנייה על בדיקה פתולוגית.

3. ביצוע ניתוח ללא מעורבות המבטח

בחר המבוטח לבצע ניתוח בבית חולים בלי לתבוע מן המבטח שיפוי לפי סעיף 2 לעיל, ישלם המבטח למבוטח פיצוי בסך 621 ש"ח לכל יום אשפוז הקשור בניתוח ונובע ממנו, החל מהיום השני לאחר הניתוח ולמשך תקופה שלא תעלה על 21 ימים. על אף האמור בפרק הוראות ותנאים כלליים סעיף 5.3, המבוטח לא ימציא למבטח במקרה זה קבלות מקוריות המאשרות ביצוע תשלום ההוצאות. אין באמור בסעיף זה כדי לפגוע בזכותו של המבוטח לתשלום תגמולי ביטוח עבור שירותים נלווים לפי האמור בסעיף 2.2.2 לעיל.

4. הודעה מראש

המבוטח יודיע מראש למבטח על הצורך בביצוע ניתוח ע"פ פרק זה ע"מ לבדוק חבותו למעט מצב חירום רפואי בו יהיה פטור מהודעה מראש, במקרה זה יודיע המבוטח למבטח בהקדם האפשרי.

5. ההגבלות לאחריות המבטח לפי פרק זה

המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה בכל אחד מן המקרים הבאים:

5.1 הניתוח נועד למטרה אסתטית או קוסמטית, ללא אינדיקציה רפואית מובהקת, כולל ניתוח לתיקון קוצר ראייה, קיצור מעיים או קיבה שנועדו למטרה אסתטית או קוסמטית ללא אינדיקציה רפואית מובהקת כאמור, ולמעט ניתוחים שבוצעו כתוצאה מתאונה או כתוצאה מניתוח המכוסה בביטוח זה, כגון: שיקום שד לאחר ניתוח כריתת שד, ושיקום פנים לאחר ניתוחים ו/או מקרי טראומה.

5.2 ניתוחים הנחשבים לניסיוניים במקום ביצועם ו/או ניתוחים הדורשים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.

5.3 בדיקות מעבדה, צילומים תוך גופיים, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפותרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה/ות ופעילות הדמיה, כגון: CT ו-MRI כאשר אלה אינם חלק ממהלך הניתוח.

5.4 טיפולי שיניים, ניתוחי חניכיים.

6. טיפול פיזיותרפי ורפוי בעיסוק לאחר ניתוח

6.1 טיפול פיזיותרפי ורפוי בעיסוק - טיפול לאחר ניתוח הניתן למבוטח ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל, ובהמלצת רופא מנתח.

6.2 סכומי הביטוח - עבור טיפולים פיזיותרפיים ו/או רפוי בעיסוק, ישפה המבטח את המבוטח בשיעור של 80% מעלות כל טיפול ולא יותר מ-199 ש"ח לטיפול.

6.3 השיפוי יינתן בעבור לא יותר מ-16 טיפולים למבוטח הנזקק להם לאחר ניתוח או לאחר C.V.A.

7. החלמה לאחר ניתוח

7.1 בוצעו במבוטח ניתוח לב או ניתוח מוח או ניתוח גב, ישתתף המבוטח בהוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח עד לסך של 621 ש"ח לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה (14) ימי החלמה בבית החלמה 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.

7.2 בוצע במבוטח ניתוח שלא כאמור בסעיף 2.1 לעיל אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים תקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב או אירוע רפואי אחר, ישתתף המבוטח בהוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך

לניתוח או האירוע עד לסך 621 ש לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי החלמה בבית החלמה מוכר כאמור לעיל. הכיסוי מותנה בכך שהצורך בהחלמה נקבע עפ"י שיקולים רפואיים וע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי.

8. אובדן כושר עבודה לאחר ניתוח

- 8.1. מקרה הביטוח הוא אובדן מוחלט של כושר העבודה, אשר נגרם למבוטח כתוצאה מניתוח.
- 8.2. המבוטח ישלם למבוטח פיצוי חודשי בסך של 4,968 ש עקב קרות מקרה הביטוח, אם יתקיימו לגביו התנאים הבאים:
 - 8.2.1. גילו של המבוטח בעת ביצוע הניתוח עולה על 21 שנה וטרם מלאו לו 65 שנה במועד זה.
 - 8.2.2. המבוטח היה כשר לעבוד עבודה מלאה בתקופה של 6 חודשים טרם ביצוע הניתוח.
- 8.3. מבוטח ייחשב כמי שאיבד את כושר עבודתו אובדן מוחלט, אם לאחר עבור תקופת המתנה של 60 ימים מהיום בו בוצע בו ניתוח לא יוכל לבצע עבודה או עיסוק כלשהו.
- 8.4. למרות האמור בסעיף 8.3, לאחר ניתוח לב או מוח, ישולם הפיצוי ללא תקופת המתנה.
- 8.5. גמלת אי הכושר תשולם למבוטח לאחר גמר תקופת המתנה למשך 24 חודשים.
- 8.6. למבוטח זכות לערוך בדיקות לשביעות רצונו לקביעת מצב לאובדן כושר עבודה במהלך תקופת תשלום הפיצוי החודשי.

9. פיצוי על הידבקות מעירוי

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח ו/או אשפוז בבית חולים חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או בדלקת נגיפית אחרת (להלן: "הדלקת") יהיה זכאי לפיצוי כדלהלן: פיצוי חד פעמי בסך 124,190 ש במקרה של גילוי מחלת ה-AIDS או פיצוי חודשי בגובה 4,968 ש למשך תקופה מירבית של 12 חודש במקרה של גילוי הדלקת, ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן שאינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח ו/או האשפוז והמבוטח לא היה חולה איידס ולא נשא את הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

10. הרחבה לחברות ביטוח - הצטרפות לכיסוי ביטוחי הכולל מעבר לכיסוי ביטוחי לניתוחים מ"השקל הראשון"

- 10.1. המבוטח יכול לרכוש הרחבה שתכלול כיסוי הכולל מעבר לכיסוי ביטוחי לניתוחים מ'השקל הראשון' (לרבות הוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות, תוך מתן רצף ביטוחי) ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה (להלן: "הרחבה לברות ביטוח"), בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:
 - 10.1.1. סיום חברות המבוטח בתוכנית השב"ן בקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתונית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתוכנית שב"ן בקופה אחרת.
 - 10.1.2. המעבר לתוכנית שב"ן בקופה אחרת - בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה אליה עבר (אם קיימת).
- 10.2. מבוטח שרכש הרחבה לברות ביטוח כאמור ובוטלה חברותו בתוכנית השב"ן בידי מי מהצדדים לתכנית, יהיה רשאי לפנות למבטח, תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן. המבוטח רשאי לפנות למבטח, בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתוכנית שב"ן בקופה אחרת (שבה קיימת תקופת אכשרה) ובין אם לאו, בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי לניתוחים מ'השקל הראשון' (להלן: "פוליסת המשך"). במקרים כאלה, יעביר המבטח את המבוטח לפוליסת המשך, שתנאיה יכללו לכל הפחות את

התנאים שהוצעו על ידי המבטח במועד הצטרפותו של המבוטח לכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, תוך מתן רצף ביטוחי ובתנאים המפורטים בסעיף 10.1 וכן בפרמיה הנהוגה לכלל המבוטחים בחברה באותה עת. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן. לעניין סעיף קטן זה, "מועד ביטול החברות בתכנית השב"ן" - מועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.

10.3. קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כמפורט להלן:

10.3.1. במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות).

10.3.2. במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק 2 - פיצוי בגין ימי אשפוז

1. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי יומי ע"ס 310 ש"ח במקרה של אשפוז רצוף בבית חולים בישראל מחמת מחלה או תאונה, וכתוצאה ישירה ובלעדית ממנה, החל מהיום הרביעי ולמשך תקופה מרבית של 14 ימים.
2. למען הסר ספק, המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה אם הנו זכאי במהלך תקופת האשפוז הרצופה לתגמולים על פי ביטוח בריאות בסיס ו/או פרק 1 - ניתוחים.
3. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין לא יותר משתי תקופות אשפוז כאמור בסעיף 1 לעיל במהלך כל שנת הביטוח.
4. במקרה של אשפוז בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון, ישולם בנוסף פיצוי בגובה 124 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום ה-15 לפיצוי. בכל מקרה לא יעלה סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה על 12,419 ש"ח.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק 3 - בדיקות אבחוניות

המבטח ישפה את המבוטח עד לגובה 80% מההוצאות הממשיות בגין בדיקות אבחון מעבדה ו/או הדמיה, ובכלל זה כל בדיקה הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, לרבות בדיקות גנטיות, המבוצעים במכון רפואי מוסמך ואשר אושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.

חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית בכך שניתנה למבוטח המלצה מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הנבדקת הינה בתחום מומחיותו, והיא מוגבלת לסכום של עד 3,726 ₪ למבוטח לשנת ביטוח ובתנאי שהמבוטח קיבל אישור מראש לביצוע הבדיקה מהמבטח.

מובהר בזאת כי פרק זה אינו כולל בדיקות גנטיות הקשורות בהריון.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק 4 - טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות

מקרה הביטוח: המבטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עקב מצבו הרפואי, בעבור טיפולים רפואיים אשר אינם ממומנים ע"י קופ"ח, ובלבד שיבוצעו בבתי חולים ציבוריים מוכרים ע"י הרשויות המוסמכות, ואינם לצורך מטרה קוסמטית או אסתטית.

סכום השיפוי המירבי שישולם לא יעלה על 50% מסך ההוצאות בפועל, ועד 12,419 ₪ לשנת ביטוח.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק 5 - כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים)

1. **מקרה הביטוח:** היעדרות מבוטח שגילו נמוך מ-30 מלימודיו בבית ספר, אוניברסיטה או מכללה כתוצאה מתאונה או מחלה. סכום הפיצוי לו יהיה זכאי מבוטח בקרות מקרה הביטוח יהיה: 124 ש"ח ליום, לכל יום היעדרות מלא החל מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

2. **הרחבה אשפוז לילדים:** בנוסף לאמור בפרק 2, יהיו זכאים הורי ילד המבוטח בביטוח זה לפיצוי ע"ס 124 ש"ח ליום החל מהיום ה-14 ולמשך 30 יום, בגין אשפוז בבית חולים.

3. **כיסוי מיוחד לסטודנטים:** מקרה הביטוח: החזר הוצאות שכר לימוד במקרה של היעדרות מלימודים באוניברסיטה או במכללה, לתקופה ארוכה, כתוצאה מתאונה או מחלה אשר בגינה אין ביכולתו של הסטודנט להמשיך לימודיו והוא נאלץ להפסיק את לימודיו. החזר יהיה בגובה שכר הלימוד ששולם ע"י המבוטח ועד לסך של 12,419 ש"ח, ובתנאי שהמבוטח יציג אישור כי לא קיבל החזר של דמי הלימוד.

4. **אבחון בעיות התפתחות ילדים/ליקוי למידה:**

מבוטח שגילו 3 עד 10 שנים יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום בתנאי שאינו הרופא המבצע את הטיפול נשוא בעיית ההתפתחות/ליקוי למידה. המבטח ישפה את המבוטח בגין אבחון כאמור בשיעור של 80% מן הסכום אותו שילם המבוטח בפועל, ועד לשיפוי מירבי בסך 621 ש"ח לפגישה. הזכאות היא ל-3 פגישות לתקופת ביטוח.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח, למעט אבחון בעיות התפתחות ילדים לסעיף זה תקופת האכשרה הינה 12 חודשים.

פרק 6 - יעוץ פסיכולוגי

החברה תשתתף בהוצאות עבור טיפולים שניתנו ע"י רופא פסיכיאטר ו/או פסיכולוג מורשה בגין תופעות אנורקסיה או בולימיה או התמכרות לסמים, ו/או במקרים של פטירה של בן משפחה קרוב או חבר, מחלה קשה, סיעודי, אובדן כושר עבודה, נכות, תקיפה מינית, גירושין שאירעו בתקופת הביטוח. המבטח ישתתף ב-80% מעלות הטיפול ועד 199 ש"ח לכל טיפול ועד 20 טיפולים לכל תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

בריאות מורחב

תוכן עניינים

פרק 1 - ניתוחים

1. מקרה הביטוח
2. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח
3. ביצוע ניתוח ללא מעורבות המבטח
4. הודעה מראש
5. ההגבלות לאחריות המבטח לפי פרק זה
6. טיפול פיזיותרפי ורפוי בעיסוק לאחר ניתוח
7. החלמה לאחר ניתוח
8. אובדן כושר עבודה לאחר ניתוח
9. פיצוי על הידבקות מעירוי

פרק 2 - פיצוי בגין ימי אשפוז

פרק 3 - בדיקות אבחוניות

פרק 4 - טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות

פרק 5 - כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים)

1. מקרה הביטוח
2. הרחבה אשפוז לילדים
3. אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה

פרק 6 - יעוץ פסיכולוגי

פרק 7 - שירותים רפואיים נוספים

1. התייעצות עם רופא מומחה
2. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי
3. התעמלות שיקומית
4. מנוי למשדר קרדילוגי
5. בדיקות לנשים בהריון
6. בדיקות גנטיות
7. טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

בריאות מורחב

פרק 1 - ניתוחים

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח. מועד קרות מקרה הביטוח הוא המועד בו נקבע לראשונה על ידי רופא כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח.

2. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

2.1. המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאותיו לכל הניתוחים בארץ ובחו"ל ללא השתתפות עצמית של המבוטח לפי התנאים כדלקמן:

2.1.1. בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי נותן שירות שבהסכם לא תחול תקרת שיפוי.

2.1.2. בגין ניתוחים המבוצעים על ידי נותן שירות (רופא/בית חולים) שאינו בהסכם תהיה תקרת שיפוי לפי הסכום המירבי שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל המבטח.

2.1.3. בגין ניתוחים בחו"ל שאינם נכללים בפרק 1 בתוכנית בריאות בסיס. תהיה תקרת השיפוי כדלקמן: בגין ניתוח המבוצע באמצעות נותן שירות הנמצא בהסדר עם המבטח לא תחול תקרת שיפוי. בגין ניתוח המבוצע ע"י נותן שירות שאינו נמצא בהסדר עם המבטח תהיה תקרת השיפוי בגובה 200% מהתקרה הנקובה בסעיף 2.1.2. למען הסר ספק, אין בהוראות פרק זה כדי לגרוע מן האמור בפרק 1 בפוליסת בריאות בסיס, אם מגיע לפי פרק קודם, קבל לפי הפרק הקודם.

2.2. המבטח ישלם ישירות לנוותן השירות או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לשיירות רפואיים שלהלן אותם קיבל המבוטח עקב צורך רפואי בתוך תקופת הביטוח, ובלבד שסכום תגמולי הביטוח בגין שירות רפואי מסוים לא יעלה על הסכום הנקוב לצד השירות, כפי שמפורט ע"י ספק השרות הרפואי, אם מפורט סכום מירבי בגין אותן שירות.

2.2.1 שירותי ניתוח ואשפוז

2.2.1.1. שכר מנתח פרטי

2.2.1.2. הוצאות רופא מרדים.

2.2.1.3. הוצאות חדר ניתוח.

2.2.1.4. הוצאות אשפוז בבית חולים.

2.2.1.5. בדיקה פתולוגית.

2.2.1.6. תותבת - עד סכום של 37,257 ₪.

2.2.2 שירותים נלווים

2.2.2.1. שכר אח/אחות פרטית בעת שהותו של המבוטח בביה"ח ועד 559 ₪ לכל יום אשפוז ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

2.2.2.2. שירותי הסעה באמבולנס לצורך העברתו של המבוטח לבית החולים וממנו בקשר עם ביצוע הניתוח, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

2.2.2.3. עד שתי פגישות עם מבצע הניתוח, לפני ו/או אחרי ביצוע הניתוח.

- 2.2.2.4. חוות דעת נוספת לפני ניתוח אצל מנתח אחר ועד 994 ש' וזאת מבלי לגרוע מזכות המבוטח עפ"י פרק 3 ב"בריאות בסיס".
- 2.2.2.5. חוות דעת שנייה על בדיקה פתולוגית.

3. ביצוע ניתוח ללא מעורבות המבטח

בחר המבוטח לבצע ניתוח בבית חולים בלי לתבוע מן המבטח שיפר לפי סעיף 2 לעיל, ישלם המבטח למבוטח פיצוי בסך 621 ש' לכל יום אשפוז הקשור בניתוח ונובע ממנו, החל מהיום השני לאחר הניתוח ולמשך תקופה שלא תעלה על 21 ימים. על אף האמור בפרק הוראות ותנאים כלליים סעיף 5.3, המבוטח לא ימציא למבטח במקרה זה קבלות מקוריות המאשרות ביצוע תשלום ההוצאות. אין באמור בסעיף זה כדי לפגוע בזכותו של המבוטח לתשלום תגמולי ביטוח עבור שירותים נלווים לפי האמור בסעיף 2.2.2 לעיל.

4. הודעה מראש

המבוטח יודיע מראש למבטח על הצורך בביצוע ניתוח ע"פ פרק זה ע"מ לבדוק חמתו למעט מצב חירום רפואי בו יהיה פטור מהודעה מראש, במקרה זה יודיע המבוטח למבטח בהקדם האפשרי.

5. ההגבלות לאחריות המבטח לפי פרק זה:

- המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה בכל אחד מן המקרים הבאים:
- 5.1. הניתוח נועד למטרה אסתטית או קוסמטית, ללא אינדיקציה רפואית מובהקת, כולל ניתוח לתיקון קוצר ראייה, קיצור מעיים או קיבה שנועדו למטרה אסתטית או קוסמטית ללא אינדיקציה רפואית מובהקת כאמור, ולמעט ניתוחים שבוצעו כתוצאה מתאונה או כתוצאה מניתוח המכוסה בביטוח זה, כגון: שיקום שד לאחר ניתוח כריתת שד, ושיקום פנים לאחר ניתוחים ו/או מקרי טראומה.
 - 5.2. ניתוחים/הנחשבים לניסיוניים במקום ביצועם ו/או ניתוחים הדורשים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.
 - 5.3. בדיקות מעבדה, צילומים תוך גופיים, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפותרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה/ות ופעילות הדמיה, כגון: MRI ו-CT כאשר אלה אינם חלק ממהלך הניתוח.
 - 5.4. טיפולי שיניים, ניתוחי חניכיים.

6. טיפול פיזיותרפי ורפואי בעיסוק לאחר ניתוח

- 6.1. טיפול פיזיותרפי ורפואי בעיסוק - טיפול לאחר ניתוח הניתן למבוטח ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל, ובהמלצת רופא מנתח.
- 6.2. סכומי הביטוח - עבור טיפולים פיזיותרפיים ו/או רפואי בעיסוק, ישפה המבטח את המבוטח בשיעור של 80% מעלות כל טיפול ולא יותר מ-199 ש' לטיפול.
- 6.3. השיפוי יינתן בעבור לא יותר מ-16 טיפולים למבוטח הנזקק להם לאחר ניתוח או לאחר C.V.A.

7. החלמה לאחר ניתוח

- 7.1. בוצעו במבוטח ניתוח לב או ניתוח מוח או ניתוח גב, ישתתף המבטח בהוצאות ההחלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח עד לסך של 621 ש' לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה (14) ימי החלמה בבית החלמה 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.

7.2. בוצע במבוטח ניתוח שלא כאמור בסעיף 2.1 לעיל אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים תקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב או אירוע רפואי אחר, ישתתף המבוטח בהוצאות ההחלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע עד לסך 621 ש"ל לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי החלמה בבית החלמה מוכר כאמור לעיל. הכיסוי מותנה בכך שהצורך בהחלמה נקבע עפ"י שיקולים רפואיים וע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי.

8. אובדן כושר עבודה לאחר ניתוח

- 8.1. מקרה הביטוח הוא אובדן מוחלט של כושר העבודה, אשר ערם למבוטח כתוצאה מניתוח.
- 8.2. המבוטח ישלם למבוטח פיצוי חודשי בסך של 4,968 ש"ל עקב קרות מקרה הביטוח, אם יתקיימו לגביו התנאים הבאים:
 - 8.2.1. גילו של המבוטח בעת ביצוע הניתוח עולה על 21 שנה וטרם מלאו לו 65 שנה במועד זה.
 - 8.2.2. המבוטח היה כשר לעבוד עבודה מלאה בתקופה של 6 חודשים טרם ביצוע הניתוח.
 - 8.3. מבוטח ייחשב כמי שאיבד את כושר עבודתו אובדן מוחלט, אם לאחר עבור תקופת המתנה של 60 ימים מהיום בו בוצע בו ניתוח לא יוכל לבצע עבודה או עיסוק כלשהו.
 - 8.4. למרות האמור בסעיף 8.3, לאחר ניתוח לב או מוח, ישולם הפיצוי ללא תקופת המתנה.
 - 8.5. גמלת אי הכושר תשולם למבוטח לאחר גמר תקופת המתנה למשך 24 חודשים.
 - 8.6. למבוטח זכות לערוך בדיקות לשביעות רצונו לקביעת מצב לאובדן כושר עבודה במהלך תקופת תשלום הפיצוי החודשי.

9. פיצוי על הידבקות מעירוי

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח ו/או אשפוז בבית חולים חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או בדלקת נגיפית אחרת (להלן: "הדלקת") יהיה זכאי לפיצוי כדלהלן: פיצוי חד פעמי בסך 124,190 ש"ל במקרה של גילוי מחלת ה-AIDS או פיצוי חודשי בגובה 4,968 ש"ל למשך תקופה מירבית של 12 חודש במקרה של גילוי הדלקת, ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן שאינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח ו/או האשפוז והמבוטח לא היה חולה איידס ולא נשא את הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק 2 - פיצוי בגין ימי אשפוז

1. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי יומי ע"ס 310 ש"ח במקרה של אשפוז רצוף בבית חולים בישראל מחמת מחלה או תאונה, וכתוצאה ישירה ובלעדית ממנה, החל מהיום הרביעי ולמשך תקופה מירבית של 14 ימים.
2. למען הסר ספק, המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה אם הנו זכאי במהלך תקופת האשפוז הרצופה לתגמולים על פי ביטוח בריאות בסיס ו/או פרק 1 - ניתוחים.
3. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין לא יותר משתי תקופות אשפוז כאמור בסעיף 1 לעיל במהלך כל שנת הביטוח.
4. במקרה של אשפוז בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון, ישולם בנוסף פיצוי בגובה 124 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום ה-15 לפיצוי. בכל מקרה לא יעלה סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה על 12,419 ש"ח.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק 3 - בדיקות אבחוניות

המבטח ישפה את המבוטח עד לגובה 80% מההוצאות הממשיות בגין בדיקות אבחון מעבדה ו/או הדמיה, ובכלל זה כל בדיקה הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, לרבות בדיקות גנטיות, המבוצעים במכון רפואי מוסמך ואשר אושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.

חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית בכך שניתנה למבוטח המלצה מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הנבדקת הינה בתחום מומחיותו, והיא מוגבלת לסכום של עד 3,726 ₪ למבוטח לשנת ביטוח ובתנאי שהמבוטח קיבל אישור מראש לביצוע הבדיקה מהמבטח.

מובהר בזאת כי פרק זה אינו כולל בדיקות גנטיות הקשורות בהריון.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק 4 - טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות

מקרה הביטוח: המבטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עקב מצבו הרפואי, בעבור טיפולים רפואיים אשר אינם ממומנים ע"י קופ"ח, ובלבד בבתי חולים ציבוריים מוכרים ע"י הרשויות המוסמכות, ואינם לצורך מטרה קוסמטית או אסתטית.

סכום השיפוי המירבי שישולם לא יעלה על 50% מסך ההוצאות בפועל, ועד 12,419 ₪ לשנת ביטוח.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק 5 - כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים)

- 1. מקרה הביטוח:** היעדרות מבוטח שגילו נמוך מ-30 מלימודיו בבית ספר, אוניברסיטה או מכללה כתוצאה מתאונה או מחלה. סכום הפיצוי לו יהיה זכאי מבוטח בקרות מקרה הביטוח יהיה: 124 ש"ח ליום, לכל יום היעדרות מלא החל מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).
 - 2. הרחבה אשפוז לילדים:** בנוסף לאמור בפרק 2, יהיו זכאים הורי ילד המבוטח בביטוח זה לפיצוי ע"ס 124 ש"ח ליום החל מהיום ה-14 ולמשך 30 יום, בגין אשפוז בבית חולים.
 - 3. כיסוי מיוחד לסטודנטים:** מקרה הביטוח: החזר הוצאות שכר לימוד במקרה של היעדרות מלימודים באוניברסיטה או במכללה, לתקופה ארוכה, כתוצאה מתאונה או מחלה אשר בגינה אין ביכולתו של הסטודנט להמשיך לימודיו והוא נאלץ להפסיק את לימודיו. ההחזר יהיה בגובה שכר הלימוד ששולם ע"י המבוטח ועד לסך של 12,419 ש"ח, ובתנאי שהמבוטח יציג אישור שלא קיבל החזר של דמי הלימוד.
 - 4. אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקוי למידה:** מבוטח שגילו 3 עד 10 שנים יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום בתנאי שאינו הרופא המבצע את הטיפול נשוא בעיית ההתפתחות/ליקוי למידה. המבטח ישפה את המבוטח בגין אבחון כאמור בשיעור של 80% מן הסכום אותו שלם המבוטח בפועל, ועד לשיפוי מירבי בסך 621 ש"ח לפגישה. הזכאות היא ל-3 פגישות לתקופת ביטוח.
- תקופת אבשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח, למעט אבחון בעיות התפתחות ילדים לסעיף זה תקופת האכשרה הינה 12 חודשים.

פרק 6 - ייעוץ פסיכולוגי

החברה תשתתף בהוצאות עבור טיפולים שניתנו ע"י רופא פסיכיאטר ו/או פסיכולוג מורשה בגין תופעות אנורקסיה או בולימיה או התמכרות לסמים, ו/או במקרים של פטירה של בן משפחה קרוב או חבר, מחלה קשה, סיעודי, אובדן כושר עבודה, נכות, תקיפה מינית, גירושין שאירעו בתקופת הביטוח. המבטח ישתתף ב-80% מעלות הטיפול ועד 199 ש"ח לכל טיפול ועד 20 טיפולים לכל תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק 7 - שירותים רפואיים נוספים

1. התייעצות עם רופא מומחה

- 1.1. מקרה הביטוח הוא התייעצות המבוטח עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית שבתחום מומחיותו למעט רופא ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים) ותרופות.
 - 1.2. בקרות מקרה הביטוח יחזיר המבטח למבוטח סכום השווה ל-80% משכר התייעצות. סכום השיפוי המירבי בגין סעיף זה לא יעלה על 621₪.
 - 1.3. המבוטח יהיה זכאי לעד שלוש התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת. מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה במקרה של צורך בביצוע ניתוח כאמור בסעיפים 2.2.2.3 ו-2.2.2.4 בפרק הניתוחים, לא תבוא במניין התייעצויות עפ"י סעיף זה.
- תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

2. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי

- 2.1. המבטח ישפה את המבוטח בגין יעוץ דיאטטי ובגין שתתי רפואה משלימה כמפורט להלן:
 - 2.1.1. הומיאופתיה
 - 2.1.2. אוקופנטורה
 - 2.1.3. כירופרקטיקה
 - 2.1.4. אוסטיאופתיה
 - 2.1.5. רפלקסולוגיה
 - 2.1.6. שיאצו
 - 2.1.7. ייעוץ דיאטטי
 - 2.1.8. שיטת פלדנקרייז
 - 2.1.9. ביו-פידבק
 - 2.1.10. נטורופתיה
 - 2.1.11. הרבולוגיה
 - 2.1.12. שיטת פאולה
 - 2.1.13. שיטת אלכסנדר
 - 2.1.14. שיטות נוספות אשר יהיו מקובלות בתחום הרפואה המשלימה מעת לעת של מרפאות קופות החולים.
- 2.2. סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה 80% מההוצאה בפועל ועד ל-149₪ לטיפול או התייעצות. המבוטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח.
- 2.3. לא ינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולם עתידיים.
- 2.4. השירותים ינתנו ע"י נותני השירות הנמצאים בהסדר עם המבטח או ע"י נותני שירותים הנמצאים בהסדר עם קופות החולים השונות או מופעלים בפיקוח בתי חולים ציבוריים, או ע"י מטפלים בעלי תואר דוקטור בתחום הטיפול הרלוונטי, או הנושאים תואר ד"ר ברפואה.
- 2.5. **המבטח לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים:**
 - 2.5.1. היפנוזה, היפנוטרפיה.
 - 2.5.2. טיפולים ו/או ייעוץ לצורך הרזיה שאינה צורך רפואי ברור ועל פי המלצה רפואית.
 - 2.5.3. טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו').

- 2.5.4. טיפולים ו/או ייעוץ שאינם כלולים בסעיף 2.1.
- 2.5.5. הוצאות עבור תרופות ו/או חומד מרפא ו/או חומרים אחדים שהומלצו לצורך הטיפול.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3. התעמלות שיקומית

המבטח ישפה את המבוטח עבור הוצאות בגין התעמלות שיקומית בעקבות אירוע לב או אירוע רפואי אחר המהווה מקרה ביטוח או הכרוך במקרה ביטוח, והמצריך התעמלות שיקומית על פי הפניה מפורשת מרופא מומחה. גובה ההחזר יהיה 80% מההוצאות אותן הוציא המבוטח בפועל. ועד לסכום מירבי של 224 ₪ לחודש ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

4. מנוי למשדר קרדילוגי

המבטח ישפה את המבוטח בגובה 80% מהוצאות בפועל עבור דמי מנוי לשרות משדר קרדילוגי עד לסכום שיפוי מרבי בסך 199 ₪ לחודש לתקופה מרבית של 24 חודש. הזכאות לפי סעיף זה מותנית בכך שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב שימוש בשירותי מנוי למשדר קרדילוגי אשר הינו אחד מאלה:

- א. המבוטח הנו סמוך לאחר אוטם שריר הלב, או אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית.
- ב. אובחן במבוטח הצורך בניית לב.
- ג. המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו.

תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

5. בדיקות לנשים בהריון

המבטח ישלם תגמולי ביטוח בעבור בדיקות לנשים בהריון כמפורט להלן: בדיקה וסריקה על קולית מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת, בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר, בדיקת חלבון עוברי, ובדיקת כרומוזומים לשלילת תסמונת דאון וטרזומיה 18. סכום הבטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל, אך לא יותר מ-3,726 ₪ עבור כל הבדיקות ביחד. כיסוי זה ינתן לכל בדיקה בכל הריון פעם אחת בלבד.

תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 12 חודשים.

6. בדיקות גנטיות

החברה תשתתף בסכום השווה ל-80% ועד 1,242 ₪ עבור ביצוע הבדיקות הגנטיות הבאות: THALASSEMIA, C.F, X, השביר, F.M.F, FANCONI, גושה CANAVAN, במקרים בהם הבדיקה אינה ממומנת ע"י הסל הבסיסי או משרד הבריאות. הזכאות הינה לפעם אחת בתקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 12 חודשים.

7. טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

החברה תשתתף בהוצאות ביצוע טיפולי פוריות והפריית מבחנה שהתבצעו במבוטחת בפוליסה זו, ההחזר להפריית מבחנה שהתבצעה עבור ילד שלישי ורביעי יהיה 80% מההוצאה ששולמה בפועל ועד לתקרה של 12,419 ₪ לילד. ההחזר להפריית מבחנה וטיפולי הפריה שהתבצעו עבור ילד ראשון ושני יהיה 80% מההוצאה ששולמה בפועל ועד לתקרה של 1,863 ₪ לילד.

עבור טיפול פוריות ו/או הפרייה עבור ילד ראשון או שני, שלא ניתן לבצע בישראל מסיבה כלשהי, ובוצע בחו"ל, תשתתף החברה בגובה 80% מההוצאה בפועל ועד לתקרה של 24,838 ₪ לכל ילד.

תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 12 חודשים.

נוהל הגשת תביעה

מסמכים נדרשים	השירות הרפואי
יש לפנות להראל.	השתלות וניתוחים בחו"ל
יש לפנות להראל.	חוות דעת נוספת בחו"ל
<p>מנתח/בית חולים שבהסדר:</p> <p>1. יש לקבל אישור מראש מהראל.</p> <p>2. יש ליצור קשר מייד עם מוקד שירות הלקוחות בהראל על מנת להסדיר את הניתוח.</p> <p>מנתח/בית חולים שלא מההסדר:</p> <p>1. יש לקבל אישור מראש מהראל.</p> <p>2. לאחר הניתוח לשלוח:</p> <p>א. חשבוניות וקבלות מקוריות של שכר מנתח ושכר בית חולים</p> <p>ב. סיכום הניתוח</p>	ניתוח פרטי
<p>1. חשבונית מקורית.</p> <p>2. מכתב שחרור מבית החולים.</p>	טיפול פיזיותרפי וריפוי בעיסוק לאחר ניתוח
<p>1. חשבונית מקורית.</p> <p>2. מכתב שחרור מבית החולים.</p>	החלמה לאחר ניתוח
מסמך שמעיד על ההידבקות במחלה, כולל תאריכי התגלות המחלה והניתוח שבוצע.	פיצוי על הידבקות מעירו
<p>1. חשבוניות וקבלות מקוריות.</p> <p>2. המלצת רופא לרכישת התרופה.</p> <p>3. מסמך רפואי עם פירוט התרופות בהן טופל קודם.</p> <p>4. מסמך רפואי עם פירוט המחלה ותאריך גילוי.</p>	תרופות שאינן בסל הבריאות
דו"ח אשפוז מבית החולים.	פיצוי בגין ימי אשפוז
<p>1. המלצה מרופא מומחה לביצוע הבדיקה.</p> <p>2. אישור מהראל.</p>	בדיקות אבחוניות
חשבונית מקורית	התייעצות עם רופא מומחה
<p>דו"ח אשפוז הכולל הוראה רפואית לעסוק בהתעמלות שיקומית.</p> <p>חשבונית העתק או מקור.</p>	התעמלות שיקומית
<p>ת"ז של ההורים בה מופיעים הילדים.</p> <p>חשבונית מקורית.</p> <p>הפניה מרופא מומחה במחלקה לטיפול ליקוי פיריון.</p> <p>דו"ח שחרור מבית החולים המעיד שעברה הפריה חוץ גופית/טיפול פוריות.</p>	הפריה חוץ גופית וטיפול פוריות
חשבונית מקורית בה מצוין סוג הבדיקה שבוצעה	בדיקות לנשים בהריון

מסמכים נדרשים	השירות הרפואי
חשבונית מקורית בה מצוין סוג הבדיקה שבוצעה	בדיקות גנטיות
חשבונית מקורית. סוג הטיפול האלטרנטיבי. כמות הטיפולים. הפניה מרופא	רפואה משלימה וייעוץ דיאטני
חשבונית מקורית. סיכום ניתוח כלל ימי אשפוז. מסמך המפרט את תאריכי שירות האחות.	אחות פרטית
יש לפנות להראל.	טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות
יש לפנות להראל.	כיסוי מיוחד לילדי המבוטח (צעירים)
חשבונית מקורית.	יעוץ פסיכולוגי
יש לפנות להראל.	מנוי למשדר קרדילוגי
1. תעודת מחלה. 2. דו"ח אשפוז. 3. סיכום מחלה. 4. 3 תלושי משכורת אחרונים / אישור רואה חשבון על הכנסתך השנתית. 5. טופס 152 א' - היסטוריה רפואית ממולא ע"י רופא מטפל המפרט את האבחנות הרפואיות ומועד הופעתן. 6. חתימתך על טופס ויתור על סודיות.	אובדן כושר עבודה לאחר ניתוח

מידע לפורש

מה קורה בעת פרישה / עזיבה / תום ההסכם?

בעת עזיבת העבודה ו/או פרישה, יוכלו החברים ובני משפחותיהם להמשיך להיות מבוטחים באופן אישי על פי תנאי ההסכם, בתעריף מיוחד, וכל עוד ההסכם בתוקף, ובתנאי כי הודיעו לחברת הביטוח על רצונם בהמשך הביטוח בתוך 90 יום. התשלום יתבצע באמצעות הוראת קבע או כרטיס אשראי.

בתום ההסכם, יוכלו החברים ובני משפחותיהם להמשיך להיות מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית בחברה בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים אצל החברה באותו מועד ללא הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה.

הם יהיו זכאים לפרמיות עפ"י הטבלה הבאה:

גיל המבוטח	בריאות בסיס	בריאות משלים לשב"ן	בריאות מורחב
ילד	7.96	14.07	19.03
54-20	22.00	33.08	71.68
55 ומעלה	22.00	58.99	185.92

סכומי הפרמיה צמודים למדד ונכונים ליום ה-01.11.2013, כאשר מדד הבסיס הינו מדד חודש ספטמבר שפורסם ב-15.10.2013.

בקשה לביטול פוליסת הבריאות

לכבוד הראל חברה לביטוח בע"מ.

הריני להצהיר בזאת כי ברצוני לבטל את פוליסת הבריאות ב"הראל חברה לביטוח" של "חברי הסגל האקדמי הזוטר".

ידוע לי כי בחתימתי על בקשה זו לא אהיה זכאי לכיסוי ביטוחי מ"הראל חברה לביטוח" עפ"י פוליסת הבריאות ובייחוד לא אהיה זכאי לכיסויים הבאים:

1. השתלות ניתוחים וטיפולים בחו"ל
2. תרופות שאינן בסל
3. התייעצות עם רופא מומחה
4. חוות דעת נוספת בחו"ל

על החתום:

.....
תאריך


.....
ת.ז.

.....
שם משפחה

.....
שם פרטי

פרטי התקשרות

מוקד חברת ביקורופא

1-800-260-660 

טל"ד והראל

01351217753

02/2017



ביטוח ופיננסים

בשביל השקט הנפשי שלך |

אתר הראל: www.harel-group.co.il 