



ועד עובדי משרד הביטחון

ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי משרד הביטחון

עובדים/גמלאים יקרים,

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

תכנית הביטוח במתכונתה החדשה כוללת עדכונים בהתאם להנחות המפקח על הביטוח, לצד שיפורים והרחבות בהיקף הכיסוי הביטוחי, אשר נועדו לתת מענה להתפתחות המהירה של עולם הרפואה והטכנולוגיה.

חברת ש.לוטינגר ושות' בע"מ תמשיך לעמוד לרשותכם במתן ייעוץ בנושאי ערעורים, בירורים וסיוע במיצוי זכויותיכם בהתאם לתנאי הפוליסה.

חוברת זו כוללת את תנאי הביטוח המעודכנים, לרבות הכיסויים וההטבות שנוספו.

בברכת בריאות שלמה,

ששון פרץ אנה קולובסקי
יו"ר ועד העובדים יו"ר ועדת ביטוחים

תוכן עניינים

4	גילוי נאות
22	פוליסת בריאות
22	פרק א': הגדרות כלליות
27	פרק ב': חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים
29	פרק ג': תנאים כלליים - חלים על כל רובדי הביטוח
46	פרק ד': השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
52	פרק ה': תרופות שלא בסל הבריאות
56	פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
60	פרק ז': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ
	פרק ז'(1): ביטוח ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח
64	בישראל במסלול משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית
	פרק ז'(2) - ניתוחים וטיפולים מחליפי הניתוח בישראל
69	(ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪ (צמוד למדד))
74	פרק ח': שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל
77	פרק ט': ייעוץ ובדיקות אבחנתיות
80	פרק י': הוצאות רפואיות נוספות
87	פרק יא': טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות

גילוי נאות

טלפון *2735 פקס 037348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
------------------------------	--	--	---

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

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי משרד הביטחון בני משפחותיהם.
סוג הביטוח	ביטוח השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל - פרק ד'. ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ה'. ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ו'. ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - פרק ז'. ביטוח ניתוחים במסלול משלים לשב"ן ללא השתתפות עצמית - פרק ז' 1. ביטוח ניתוחים במסלול משלים לשב"ן עם השתתפות עצמית בסך 5,000 ₪ - פרק ז' 2. שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל - פרק ח'. יעוץ ובדיקות אבחוניות - פרק ט'. הוצאות רפואיות נוספות - פרק י'. טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים - פרק י"א. *בהתאם למסלול שנרכש ע"י המבוטח.
תקופת הביטוח	3 שנים, החל מיום 1.2.2026 ועד ליום 31.1.2029.
תיאור הביטוח	<p style="text-align: center;">השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל</p> כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה, קצבה חודשית למועמד להשתלה וגמלת החלמה על פי תנאי הפוליסה.
	<p style="text-align: center;">תרופות מחוץ לסל הבריאות</p> כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות למצבו הרפואי של המבוטח בגין התוויה וכל זאת על פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כמו כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה כמפורט בפרק זה.
	<p style="text-align: center;">ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל</p> כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית
 כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית
 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.

ניתוחים משלים שב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (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 ובניכוי השתתפות עצמית למקרה ביטוח בגובה 5,000 ₪ (צמוד).

שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל
 השתתפות בהוצאות עבור שירות רפואי או שיקומי שניתנו למבטח בישראל, לאחר ביצוע ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או אשפוז מחמת מחלה בישראל במהלך תקופת הביטוח בישראל, כגון: שכר אח/אחות פרטית, עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי, החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר, טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום לאחר ניתוח.

יעוץ ובדיקות אבחוניות
 השתתפות בהוצאות יעוץ רפואי או בדיקה רפואית אבחנתית במהלך תקופת הביטוח.

הוצאות רפואיות נוספות
 השתתפות בהוצאות רפואיות נוספות, כגון: אביזרים רפואיים, מגוי למשדר קרדילוגי, שיקומית (טיפולי שיקום שלא לאחר ניתוח), בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות, שירותים ייחודיים ליולדת, כיסוי מיוחד לילדים, רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי.

טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים
 השתתפות בהוצאות עבור טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות המבוצעים במהלך תקופת הביטוח.

תמצית פרטי הפוליסה

<p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, ביתר המקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה - פרק ב'. פרק ד': השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל - סעיף 4.4. פרק ה': תרופות מחוץ לסל הבריאות - סעיף 4.4. פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - סעיף 4.4. פרק ז': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית - סעיף 4.4. פרק ז' (1): כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית - סעיף 6.6. פרק ז' (2): ניתוחים משלים שב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (צמוד למדד) - סעיף 6.6. פרק ט': ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - סעיף 3.2.2. פרק י': הוצאות רפואיות נוספות - סעיף 4.1.1, 4.3.4, 4.4.8, 4.5.4, 4.7.3, 4.8.2.1, 4.9.2. פרק יא': טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות - סעיף 4.1.3. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>
<p>פרק ד': השתלות, סעיף 3.1.1.7.3 - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪, למעט השתלת מח עצם עצמית. סעיף 3.1.2.1 - פיצוי בסך 380,000 ₪ בגין מצב רפואי המחייב ביצוע השתלה ובכפוף לאישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר. פרק ו': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - פיצוי בסך 150,000 ₪ במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח. פרק ח': שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל, סעיף 3.7 - פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה (מכל סיבה שהיא) - פיצוי של 117 ₪ לכל יום אשפוז למבוטח מעל גיל 18 שנה ופיצוי של 234.50 ₪ לכל יום אשפוז למבוטח מתחת לגיל 18 שנה. פרק י': הוצאות רפואיות נוספות - סעיף 4.4.6 - שמירת הריון באשפוז - פיצוי בסך 234.50 ₪ לכל יום אשפוז ועד סה"כ 5,863 ₪ לכל הריון.</p>	<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>פרק ו': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - תקופת אכשרה של 90 ימים.</p> <p>פרק ז': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון, ללא השתתפות עצמית - תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.</p> <p>פרק ז' 1: כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית, תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.</p> <p>פרק ז' 2: ניתוחים משלים שב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (צמוד למדד), תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.</p> <p>פרק ט': ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - תקופת אכשרה של 6 חודשים.</p> <p>פרק י': הוצאות רפואיות נוספות - תקופת אכשרה של 6 חודשים עבור אביזרים רפואיים, מני למשדר קרדיולוגי, כיסוי מיוחד לילדים (בעיות הרטבה לילדים, אבחון בעיות התפתחות, ילדים/ליקויי למידה, טיפול בבעיות התפתחות בילדים), רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי, טיפול לריפוי או הקלה בכאב. תקופת אכשרה של 9 חודשים עבור כיסוי לאם פונדקאית.</p> <p>פרק יא': טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות - תקופת אכשרה של 60 ימים. במקרה של כיסוי הקשור בהריון או בהתפתחות הילד עבור ילד מעל גיל 10, תהא תקופת אכשרה של 180 יום. במקרה של כיסוי לאביזרים רפואיים, תקופת האכשרה תהיה 90 ימים ממועד תחילת הביטוח.</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹</p>
<p>פרק ח': שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל, <u>סעיף 3.7</u> - פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה (מכל סיבה שהיא) - תקופת המתנה של 4 ימי אשפוז ועד 10 ימי אשפוז.</p> <p>פרק י': הוצאות רפואיות נוספות - <u>סעיף 4.4.5</u> - שמירת הריון באשפוז - תקופת המתנה של 14 ימים.</p>	<p>אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (המתנה)²</p>

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

²תקופת המתנה - תקופה המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגינה אין המבוטח זכאי לפיצוי או לשיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

תמצית פרטי הפוליסה

<p>פרק ה': תרופות מחוץ לסל הבריאות, השתתפות עצמית של 250 ₪ למרשם תרופה לחודש ועד 2 כ"ס מרשמים לאותו החודש. לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-1,000 ₪.</p> <p>השתתפות עצמית של 20% עבור ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח. השתתפות עצמית של 20% עבור תוספי מזון וויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח.</p> <p>פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - 20% מההוצאה בפועל עבור הוצאות שיקום בישראל עקב ניתוח מורכב, כמפורט בסעיף 3.5.6.3.</p> <p>פרק ז' 2: ניתוחים משלים שב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (צמוד למדד).</p> <p>פרק ח': שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל - השתתפות עצמית של 20%</p> <p>למעט בכיסוי לעלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי, פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה (מכל סיבה שהיא) - ללא השתתפות עצמית.</p> <p>פרק ט': ייעוץ ובדיקות אבחנתיות, השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>פרק י': הוצאות רפואיות נוספות - אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן, והמבוטח נדרש לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות, יישא המבוטח במלוא השתתפות העצמית.</p> <p>אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות והשב"ן השתתף בעלות הטיפול - יישא המבוטח בשיעור של 100% מההפרש שבין הסכום ששילם המבוטח לנותן השירות לבין סכום ההחזר מאת השב"ן, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.</p> <p>אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שלא בהסכם עם השב"ן או לא מוכר ע"י השב"ן - יישא המבוטח בשיעור 80% מהסכום ששולם לנותן השירות, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.</p> <p>מבוטח שהינו חייל בשירות סדיר או קבע זכאי לתגמולי ביטוח בשיעור 80% מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.</p>	<p>השתתפות עצמית</p>
<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים</p>	<p>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופת החולים</p>

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח

פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר הכיסוי לניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר הכיסוי לניתוחים משלים שב"ן (ללא השתתפות עצמית)	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר הכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון	סוג מבטוח
32.11 ₪	34.94 ₪	36.35 ₪	0-20
83.06 ₪	92.96 ₪	95.79 ₪	21-30
114.19 ₪	126.93 ₪	131.17 ₪	31-40
158.06 ₪	176.46 ₪	180.70 ₪	41-50
200.52 ₪	225.99 ₪	230.23 ₪	51-60
257.12 ₪	285.43 ₪	293.92 ₪	61-65
285.43 ₪	346.28 ₪	357.60 ₪	מבטוח בגיל 66 ואילך

*דמי הביטוח יהיו צמודים למדד וישתנו על פי גיל המבטוח השתתפות בעל הפוליסה במימון הפרמיה עבור עובד/גמלאי כדלקמן:

סוג מבטוח (*)	סבסוד
21-30	36.00 ₪
31-40	50.00 ₪
41-50	68.00 ₪
51-60	85.00 ₪
61-65	108.00 ₪
מבטוח בגיל 66 ואילך	128.00 ₪

(* יובהר כי מימון בעל הפוליסה אינו צמוד למדד.

דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבטוח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבטוח.

גיל המבטוח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבטוח כאילו חל בראשון לחודש יום הולדתו (לדוגמא: מבטוח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2023, יראו את ה-1.1.2023 כמועד הגיעו לגיל 40).

באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון כנס למחשבון.

מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם ביום 15.1.2026.

לאחר 18 חודשים מיום תחילת הביטוח יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.

שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל	<p>השתלה לפי סעיף 1.1.1 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד שחלה ומעי וכל שילוב ביניהם, או השתלה של מח עצם מתורם אחר, שנלקחו מגופו של אדם אחר.</p> <p>השתלה לפי סעיף 1.1.2 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם שנלקח מבעלי חיים.</p> <p>השתלה לפי סעיף 1.1.3 - השתלת מח עצם / או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו.</p> <p>בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, דיאליזה, הטסה רפואית טיפולי המשך ועוד.</p>	<p>עבור השתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.1.1.5, שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.1.1.6, וכן פיצוי כמפורט בס' 3.1.1.7.</p> <p>עבור השתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.1.1.5, שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.1.1.6, וכן פיצוי כמפורט בס' 3.1.1.7. ובלבד שסכום הכיסוי המרבי להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1 לא יעלה על 5,000,000 ₪.</p> <p>וכן כיסוי עד לתקרה להוצאות נוספות כגון:</p> <p><u>סעיף 3.1.1.6.1</u> - הוצאות בדיקות לאיתור מח עצם, עד 300,000 ₪</p> <p><u>סעיף 3.1.1.6.2</u> - הוצאות בשל הערכה רפואית - עד 200,000 ₪</p> <p><u>סעיף 3.1.1.6.3</u> - הוצאות טיפולים רפואיים מחוץ לישראל לרבות דיאליזה - עד 250,000 ₪.</p> <p><u>סעיף 3.1.1.6.4</u> - הטסה רפואית עד 100,000 ₪. אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא.</p> <p><u>סעיף 3.1.1.7.1</u> - קצבה חודשית למועמד להשתלה כמפורט בתוכנית.</p> <p><u>סעיף 3.1.1.7.3</u> - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות המבטח בסך 350,000 ₪.</p>	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.3 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	עבור טיפול מיוחד בחו"ל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא עבור הוצאות המפורטות בס' 3.1.1.5.2-3.1.1.5.6, וכן שיפוי מוגבל עבור הוצאות המפורטות בס' 3.1.1.6.2-3.1.1.6.7. עבור טיפול מיוחד בחו"ל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא עבור הוצאות המפורטות בס' 3.1.1.5.2-3.1.1.5.6, וכן שיפוי מוגבל עבור הוצאות המפורטות בס' 3.1.1.6.2-3.1.1.6.7, ובלבד שסכום הכיסוי המירבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,200,000 ₪.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 3.1.1.7.2 - גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית.	סעיף 3.1.1.7.2 - סכום חודשי בסך 5,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל	סעיף 3.1.1.7.4 - גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.	סעיף 3.1.1.7.4 - סכום חודשי בסך 2,400 ₪ לתקופה של עד 6 חודשים למבטוח מעל גיל 21 שנה. סעיף 3.1.1.7.4 - סכום חודשי בסך 1,200 ₪ לתקופה של עד 6 חודשים למבטוח עד גיל 21 שנה.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את הוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה הוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

תרופות מחוץ לסל הבריאות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופה שהינה אחת או יותר מהתרופות להלן: תרופה שאיננה כלולה ושהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח. תרופה הכלולה בסל שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. תרופות OFF LABAL ותרופות יתום כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ש"ח. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	עבור תרופות על פי סעיפים 2.1.1-2.1.5 לפרק זה - 250 ש"ח, למעט בגין תרופה שעלותה החודשית עולה על סכום של 1,000 ש"ח או עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה, שבהן לא תחול השתתפות עצמית. בנסיבות בהן זכאי המבוטח להשתתפות השב"ן בעלות הטיפול התרופתי, יישא המבוטח ביתרת עלות התרופה, ללא השתתפות העצמית ובתנאי שעלות התרופה למבוטח הינה מעל 250 ש"ח לכל חודש.
תרופה מיוחדת	סעיף 2.1.5 - תרופה מיוחדת	סכום ביטוח מירבי בשל כל מקרי הביטוח על פי סעיף זה, הנו עד לסך של 1,000,000 ש"ח. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	
בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	סעיף 2.2 - ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	סעיף 3.4 - עד 80% מההוצאות בפועל. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	20% מההוצאות
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.3 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי או שירות רפואי הכרוך בנטילת תרופה המכוסה בהגדרת מקרה הביטוח	עד תקרת העלות הכרוכה בקבלת שירות זה.	
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 מחוץ לישראל

מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח.</p> <p>במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן שיפוי עד 250% מעלות אותו הניתוח בישראל. הכיסוי כולל החזר הוצאות עבור שתל - עד 60,000 ₪.</p>	<p>סעיף 3 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, עד לתקרה של 40 ימים, כולל הוצאות חדר ניתוח, שכר הרופא המנתח, עלות הטסת גופה, שתל שהושטל במהלך ניתוח ועוד.</p>	<p>הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל או בטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל</p>
<p>עד לסך של 1,200 ₪ לכל התייעצות עם רופא מומחה בישראל ועד 4,000 ₪ עבור התייעצות עם רופא מומחה מחוץ לישראל.</p>	<p>סעיף 3.5.1-3.5.2 לפרק - שתי התייעצויות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל והתייעצות אחת עם מומחה מחוץ לישראל</p>	<p>התייעצות בקשר לניתוח</p>
<p>עד 200,000 ₪</p>	<p>סעיף 3.5.4 לפרק - הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל</p>	<p>הבאת מומחה רפואי לישראל</p>
<p>אחות פרטית - עד 8 ימים, מתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח ועד 650 ₪ ליום.</p> <p>הוצאות החלמה - עד 10 ימים תוך 3 חודשים ממועד הניתוח, ועד לסך של 400 ₪ ליום.</p> <p>המשך מעקב רפואי בחו"ל - תוך 90 יום מהניתוח ועד לסך של 100,000 ₪.</p> <p>עד 16 טיפולי שיקום שיבוצעו בישראל תוך 90 יום מהניתוח, ועד לסך של 250 ₪ לטיפול ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות הטיפול.</p>	<p>סעיף 3.5.6 לפרק - במקרה של אשפוז בשל ניתוח מורכב יינתן כיסוי בגין הוצאות שהייה מחוץ לישראל, המשך מעקב רפואי מחוץ לישראל עקב הניתוח והוצאות עבור מוסד החלמה.</p>	<p>הוצאות בשל ניתוח מורכב, שבעקבותיו אושפז המבטח במשך 7 ימים ברצף לפחות.</p>
<p>פיצוי חד פעמי בסך 150,000 ₪.</p>	<p>סעיף 3.6 לפרק - פיצוי חד פעמי בגין מוות כתוצאה מניתוח במהלך 14 ימים מיום הניתוח.</p>	<p>מוות כתוצאה מניתוח</p>
<p>כיסוי עבור הוצאות המפורטות בתכנית ועד 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.</p>	<p>סעיף 3.3 בפרק - הוצאות (כמפורט בסעיף) בגין טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל</p>	<p>טיפול מחליף ניתוח בחו"ל</p>
<p>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.</p>		<p>הערות</p>

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית		
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 ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.	

ביטוח לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 4.1 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 4.2-4.3 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 ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 4.4 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 משלים שב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כולל השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (צמוד למדד)		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 4.1 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 4.2-4.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית, מעבר לזכאות בשב"ן ובניכוי השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪ (צמוד).	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטנום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב). ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית בניכוי השתתפות עצמית בתנאים המפורטים, ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 4.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	<p>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.</p> <p>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.</p>	

שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל בפרק קיימים כסויים נוספים על פי המפורט בתנאי הפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³	השתתפות עצמית
שכר אח/אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין שירותי אחות פרטית, שירותי שמירה וכח עזר בעת שהותו של המבוטח בביה"ח בישראל	כיסוי עד ל-375 ₪ לכל יום אשפוז מיום הניתוח ועד 14 ימי אשפוז.		20% מההוצאה בפועל
החלמה ואו שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר	סעיף 3.4 לפרק - החזר בגין הוצאות החלמה ושיקום. 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	כיסוי עד 879 ₪ לכל יום החלמה ועד 14 ימי החלמה. 2,500 ₪ לבדיקות אבחנתיות ועד 4,000 ₪ עבור בדיקת M.R.I למבוטח לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום לאחר ניתוח	סעיף 3.6 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים וטיפולי שיקום לאחר ניתוח	כיסוי עבור טיפול פיזיותרפי ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד 293 ₪ לכל טיפול ועד 10 טיפולים.		20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

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

ייעוץ ובדיקות אבחנתיות בפרק קיימים כיסויים נוספים על פי המפורט בתנאי הפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴	השתתפות עצמית
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי	כיסוי עד ל-938 ש"ח להתייעצות ועד 3 סה"כ התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.	סעיף 6 - 6 חודשים	20% מההוצאה בפועל
חוות דעת רפואית שניה בחו"ל /או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים	סעיף 3.4 לפרק - החזר בגין חוות דעת בחו"ל	כיסוי עד 8,208 ש"ח פעם אחת בכל תקופת הביטוח.	סעיף 6 - 6 חודשים	20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 4 לפרק - החזר בגין בדיקות אבחנתיות או פתולוגיות	כיסוי עד 11,725 ש"ח הבדיקות שבוצעו בכל שנת ביטוח. יובהר כי חלקו של המבוטח בעלות הבדיקה לא תפחת מ-293 ש"ח לכל בדיקה.	סעיף 6 - 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.			

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

**הוצאות רפואיות נוספות
בפרק קיימים כיסויים נוספים על פי המפורט בתנאי הפוליסה**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵	השתתפות עצמית
אביזרים רפואיים	סעיף 4.1 - לפרק - החזר בגין רכישת אביזרים רפואיים	כיסוי עד ל-4,690 ש"ח לכל תקופת הביטוח.	סעיף 4.1.2 - 6 חודשים	כמפורט בפרק
שיקומית (טיפול שיקום שלא לאחר ניתוח)	סעיף 4.3 לפרק - החזר בגין שיקום דיבור וראיה, התעמלות שיקומית, טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום	שיקום דיבור וראיה - עד 141 ש"ח לכל טיפול ועד 16 טיפולים לתקופת ביטוח. התעמלות שיקומית - עד 211 ש"ח לכל חודש ועד 12 חודשים. טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום - עד 293 ש"ח לטיפול ועד 10 טיפולים בכל שנת ביטוח.	סעיף 4.3.4.3 - 6 חודשים	כמפורט בפרק

⁵תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
כמפורט בפרק	סעיף 4.4.9 - 9 חודשים	<p>בדיקות מיוחדות לנשים בהריון - עד 3,520 לכל הריון. בדיקות גנטיות טרום הריון - עד 1,466 ש"ל למבטוח פעם אחת לתקופת ביטוח.</p> <p>מעקב הריון - עד 469 ש"ל לכל ביקור ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון. טיפולי פוריות והפריה חוץ גופית - עד 11,725 ש"ל עבור כלל הניסיונות להרות במהלך תקופת ביטוח עבור ילד ראשון או שני בלבד.</p> <p>שמירת הריון באשפוז - פיצוי בסכום של 234.50 ש"ל לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז ה-14 ועד סה"כ 5,863 ש"ל לכל הריון.</p> <p>שירותים ייחודיים לילודת-התייעצות עם יועצת הנקה - עד 469 ש"ל, פעם אחת בתקופת הביטוח. שירותי דולה/אחות פרטית ללידה - עד 704 ש"ל. עלות שכירת מכשיר איזי טנס - עד 422 ש"ל. החזר שהייה במלונית הצמודה לבית החולים לאחר הלידה - עד 4 ימים ועד 293 ש"ל לכל יום, פעם אחת בכל תקופת הביטוח, למבטוחת שלה לפחות 2 ילדים (לידת ילד שלישי או יותר).</p>	<p>סעיף 4.4 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, בדיקות גנטיות טרום הריון, מעקב הריון, טיפולי פוריות והפריה חוץ גופית, שמירת הריון באשפוז, שירותים ייחודיים לילודת, אם פונדקאית.</p>	בדיקות מיוחדות לנשים בהריון וטיפולי פוריות
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.				הערות

טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁶	השתתפות עצמית
טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות	סעיף 4 - לפרק - החזר בגין בביצוע טיפול רפואי, ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לרבות הוצאות אשפוז, שכר מבצע הטיפול, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, אבחון, הוצאות שימוש במכשור רפואי, אביזרים מושתלים, בדיקות ואבחונים שבוצעו כחלק מהטיפול הניתוח או הטיפול המחליף הניתוח, וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול.	כיסוי עד ל-100,000 ₪.	סעיף 5 - 60 ימים. במקרה של כיסוי הקשור בהריון או בהתפתחות הילד עבור ילד מעל גיל 10, תהא תקופת אכשרה של 180 יום. במקרה של כיסוי לאביזרים רפואיים, תקופת האכשרה תהיה 90 ימים ממועד תחילת הביטוח.	
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 המדד שפורסם ביום 15.1.2026.

מידע נוסף:

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

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

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

⁶תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פוליסת בריאות

פרק א': הגדרות כלליות

מוצהר ומוסכם בזאת, כי תמורת התחייבות לתשלום דמי הביטוח, ובכפוף לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, ישלם המבוטח לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח - הכול בהתאם למחויבות המבוטח 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 אשר מפורשת בצדד:

- 1.1 **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.
- 1.2 **אשפוז:** שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
- 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.
- 1.5 **בית חולים פרטי:** אחת מהגדרות שלהלן:
 - 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.
 - בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.6 **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של עובד. כבני/ות זוג יחשבו גם ידועה/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם העובד, בהתאם לרישומי בעל הפוליסה.
- 1.7 **בעל הפוליסה:** עמותת ועד עובדי משרד הביטוח.
- 1.8 **גיל המבוטח:** גיל המבוטח ייחשב לפי האחד בחודש בו חל יום הולדתו. לצורך קביעת זכויות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח, או זכויותיו בשנה האחרונה של תקופת הביטוח, ייקבע גילו לפי תאריך הלידה ביום הולדתו.
- 1.9 **גמלאי:** מי שסיים עבודתו במשרד הביטוח וחבר בעמותת ועד עובדי משרד הביטוח והגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה:
 - (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו;
 - (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת;
- 1.10 **"גיל הפרישה המוקדמת"** - כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה, התשס"ד-2004.

- 1.11. **דמי הביטוח (פרמיה):** הסכום שבעל הפוליסה או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בפוליסת הביטוח.
- 1.12. **דף פרטי ביטוח:** דף המצורף לפוליסה הכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.13. **מבוטח:** עובד קבוע במשרד הביטחון החבר אצל בעל הפוליסה וזכאי לביטוח וגמלאי משרד הביטחון החבר אצל בעל הפוליסה, בן/בת זוג וילדיו אשר הצטרפו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים.
- 1.14. **המבטח או החברה:** הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.15. **המוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שניתנה על ידי המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.16. **הסכם הביטוח:** ההסכם שנחתם בין בעל הפוליסה לבין המבטח לשם רכישת הפוליסה.
- 1.17. **הסכם ביטוח קודם:** הסכם ביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח הקיים שהגיע לסיומו ב-31.1.2026.
- 1.18. **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה וכל נספח וכן כל תוספת לה בהסכמת הצדדים.
- 1.19. **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח, ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו. יובהר כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה וצוינה חובת השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.
- 1.20. **ועדת הלסינקי:** ועדה מוסדית או עליונה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהם 1999.
- 1.21. **חבר:** עובד קבוע במשרד הביטחון החבר אצל בעל הפוליסה או גמלאי שפרש לגמלאות החבר אצל בעל הפוליסה.
- 1.22. **חול'ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרז ע"י משרד החוץ הישראלי ו/או עפ"י חוק.
- 1.23. **חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.24. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.
- 1.25. **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.26. **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי או סדרת טיפולים המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.27. **טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי או תרופתי: טיפול רפואי הדורש אישור ועדת הלסינקי.
- 1.28. **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 פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.29. **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה ברציפות. למרות האמור, שהייה במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.

- 1.30. **יועץ הביטוח:** ש. לוטינגר ושות' בע"מ.
- 1.31. **ילדים / נכדים:** ילדי / נכדי עובד (עובד קבוע במשרד הביטחון החבר אצל בעל הפוליסה) ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק.
- 1.32. **ילד בוגר:** ילדו של עובד (עובד קבוע במשרד הביטחון החבר אצל בעל הפוליסה) שמלאו לו 30 שנה.
- 1.33. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
- 1.34. **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח.
- 1.35. **מדד בסיס:** מדד הידוע ביום תחילת הסכם הביטוח.
- 1.36. **מועד קרות מקרה הביטוח:** המועד שבו בהתאם לכלל המידע הרלוונטי המצוי ברשות המבטח, אירע מקרה הביטוח.
- 1.37. **מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת כמעבדה רפואית על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
- 1.38. **מקרה הביטוח:** מערך עובדתי ונסיבתי המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה.
- 1.39. **נותן שירות שבהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם למתן שירות רפואי בקשר לביטוח זה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיינתן למבוטח, תשלום לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.40. **נותן שירות שאינו בהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עימו את התשלום, לפיכך המבוטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.
- 1.41. **ניתוח:** פעולה פולשנית-חידרתית החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון מצב רפואי, טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, המבוצעת בכל טכנולוגיה או מכשור המוכרים לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא מבוצע, 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.
- הגדרה זו אינה חלה על פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, פרק ז"ו ביטוח ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן, ופרק ז"ב ביטוח ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית.**
- 1.42. **סייג בשל מצב רפואי קודם:** חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם עיקרי, וללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.43. **סכום ביטוח מרבי:** הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.
- 1.44. **עובד/ת:** עובד קבוע במשרד הביטחון החבר אצל בעל הפוליסה לרבות מי שפרש לגמלאות.
- 1.45. **עובד סוציאלי:** מי שרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996.

- 1.46. **פסיכולוג:** אדם הרשום בפנקס הפסיכולוגים או בעל היתר על פי חוק הפסיכולוגים התשל"ז 1977.
- 1.47. **צירוף אוטומטי:** צירוף אוטומטי לביטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצב הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד הצטרפות לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. **במקרה של צירוף אוטומטי תבוטל כל החרגה או סייג לחבות המבטח בשל מצבו הרפואי של המבוטח ככל שנקבעה בהסכם הביטוח הקודם, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי.**
- 1.48. **צירוף בהסכמה:** צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.49. **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.
- 1.50. **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.
- 1.51. **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.
- 1.52. **רופא מרדים:** רופא שהוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.
- 1.53. **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.
- 1.54. **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.
- 1.55. **שנת ביטוח:** תקופה בת 12 חודשים רצופים, תחילתה של השנה הראשונה בתאריך תחילת הסכם הביטוח כמצוין בסעיף 1.62 להלן, ואשר תימשך כל פעם בתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם.
- 1.56. **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. **איבר מושתל כהגדרתו בס' 1.1 אשר בפרק ד' לא ייחשב לשתל על פי הגדרה זו.**
- 1.57. **תאונה:** אירוע פתאומי, שלא תוכנן על ידי המבוטח וגרם לו נזק אשר מכוסה בפוליסה, למעט נזק שנגרם כתוצאה ישירה ממחלה. מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.
- 1.58. **תאריך תחילת הסכם הביטוח:** 1.2.2026.

- 1.59. **תאריך תחילת הביטוח (תאריך הצטרפות):** תאריך תחילת הביטוח עבור כל מבוטח הינו התאריך הקבוע בדף פרטי הביטוח. מבלי לפגוע באמור, ייקבע תאריך תחילת הביטוח כדלקמן:
- א. אם צירופו של המבוטח לביטוח מותנה במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח, האחד לחודש העוקב בו המבטח אישר את צירופו של המבוטח לביטוח.
- ב. אם צירוף המבוטח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח האחד בחודש העוקב בו התקבלה בקשת ההצטרפות במשרדי המבטח.
- 1.60. **תקרת כיסוי:** הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד, ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.
- 1.61. **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, הקבועה בכל פרק ובכל כיסוי בפרקי הפוליסה, ככל שקבועה כזו, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח עבור כל מבוטח, ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, **למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה**. 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.
- 1.62. **תקופת הצטרפות:** תקופה בת 90 יום במהלכה זכאי המבוטח להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות, כמפורט להלן:
- לגבי עובד חדש** (עובד קבוע במשרד הביטחון החבר אצל בעל הפוליסה) - תחול תקופת ההצטרפות מהמועד שבו קמה זכאותו בהתאם לנהלים ותנאי העסקתו אצל בעל הפוליסה.
- לגבי בן/זוג שנישא/ה לעובד/ה מבוטח** - תחול תקופת ההצטרפות במועד הנישואין או במועד בו הוכרה/ה כידוע/ה בציבור של העובד/ת.
- לגבי ילד שנולד** - תקופת הצטרפות בת 180 ימים ותחל במועד היוולדו.
- 1.63. **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 של המבוטח מסוג עוון או פשע.
 - 1.3. 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 תקופת האכשרה.
 - 1.4. מקרה הביטוח אירע לפני מועד תחילת תקופת הביטוח או 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 של 5 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח.
 - 1.5. 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:
 1. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה בת שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
 2. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה בת 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 4.1 (א) ו-(ב), לפי העניין.
 - 3.3. מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי כלל המבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם נכון ל-31.1.2026, ולא יהיה תקף לגבי עובד חדש (עובד קבוע במשרד הביטחון החבר אצל בעל הפוליסה) ובני משפחתו שהצטרפו לביטוח במהלך תקופת ההצטרפות.
 - 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' וכי הזכאות

- לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופות האכשרה הנקובות בפרקים אלה, לפי העניין. אלא אם נקבע במפורש אחרת בתנאי הפוליסה.
- 3.5. חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם נדרש למלא הצהרת בריאות.
- 3.6. סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם היה חייב לכך בהתאם לתנאי ההצטרפות, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

4. 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 השירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן השירותים, לרבות לגבי נותן שירות אשר בהסכם עם המבטח.

פרק ג': תנאים כלליים - חלים על כל רובדי הביטוח

1. מהות הביטוח

הביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על כל החברים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם אשר בחרו להצטרף לביטוח, על פי כללי ההצטרפות המפורטים להלן.

2. מבנה הביטוח:

בסיס:

- 2.1. ביטוח השתלות בארץ ובחו"ל, וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל כאמור בפרק ד'.
- 2.2. ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כאמור בפרק ה'.
- 2.3. ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כאמור בפרק ו'.
- 2.4. ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כאמור בפרק ז'.
- 2.5. ביטוח ניתוחים במסלול משלים לשב"ן ללא השתתפות עצמית כאמור בפרק ז' 1.
- 2.6. ביטוח ניתוחים במסלול משלים לשב"ן עם השתתפות עצמית בסך 5,000 ₪ כאמור בפרק ז' 2.
- 2.7. שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל כאמור בפרק ח'.
- 2.8. יעוץ ובדיקות אבחוניות כאמור בפרק ט'.
- 2.9. הוצאות רפואיות נוספות כאמור בפרק י'.
- 2.10. טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים כאמור בפרק י"א.

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

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

4. תקופת הסכם הביטוח

- 4.1. תקופת ביטוח זו הינה בת 36 חודשים החל מ-1.2.2026 ועד 31.1.2029 הפוליסה הקבוצתית תתחדש לתקופה נוספת בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח לגבי תנאי הפוליסה וההסכם החדשים.
- 4.2. למרות האמור לעיל, בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת ומכל סיבה שהיא, בהודעה בכתב אשר תינתן למבטח לפחות 90 יום מראש, בכפוף למעבר קבוצת המבוטחים למבטח אחר זאת מבלי צורך לנמק, ומבלי שתהיה למבטח זכות לפיצוי כלשהו עקב הפסקת ההסכם כאמור. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו 90 יום מהמועד בו נשלחה הודעת הביטול כאמור.
- 4.3. למען הסר ספק, מובהר כי גם אם הובא הסכם זה לידי סיום מכל סיבה שהיא, ימשיך המבטח להעניק שירותי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה ועל פי כל דין למבוטחים. לדוגמה ומבלי לגרוע מכלליות האמור: המשך תשלומי גמלאות, או תשלומים בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח וטרם שולמו, או אפשרות רכישת פוליסת המשך.

- 4.4. חודשה תקופת הביטוח אצל המבטח, הזכאות לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח יקומו מחדש כאילו הצטרף המבוטח לביטוח לראשונה.
- 4.5. אם יפחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

5. דמי הביטוח

- 5.1. 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 הבסיס מיום תחילת הביטוח ויהיו צמודים למדד.
- 5.2. להלן דמי הביטוח החודשיים:

סוג מבוטח	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר הכיסוי לניתוחים מהשקל הראשון	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר הכיסוי לניתוחים משלים שב"ן (ללא השתתפות עצמית)	פרמיה חודשית עבור ביטוח כאשר הכיסוי לניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בגובה 5,000 ₪
0-20	36.35	34.94	32.11
21-30	95.79	92.96	83.06
31-40	131.17	126.93	114.19
41-50	180.70	176.46	158.06
51-60	230.23	225.99	200.52
61-65	293.92	285.43	257.12
מבוטח בגיל 66 ואילך	357.60	346.28	285.43

*דמי הביטוח ישתנו על פי גיל המבוטח

6. השתתפות בעל הפוליסה במימון הפרמיה עבור עובד/גמלאי כדלקמן:

השתתפות בעל הפוליסה	סוג מבוטח(*)
-	0-20
36.00	21-30
50.00	31-40
68.00	41-50
85.00	51-60
108.00	61-65
128.00	מבוטח בגיל 66 ואילך

(*) יובהר כי מימון בעל הפוליסה לא צמוד למדד.

7. התאמת פרמיה

- 7.1. לאחר 18 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח, יהיה רשאי המבטח להתאים את סכום דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם, וזאת על פי ניסיון התביעות.

- 7.2. אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים, כאמור לעיל, תותאם הפרמיה לכל מבטוח בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח.
- 7.3. לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בדמי הביטוח שנקבעו במועד עריכת החשבון למעט הצמדתם למדד.

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

המבטוח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח, שנושא בתשלומם המבטוח, בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטוח, או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת והמתועדת של המבטוח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח. אם המבטוח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטוחים - המבטוח 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 המבטוח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטוח, 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 המבטוח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבטוח ערב מועד חידוש הביטוח.

8.1. על אף האמור בסעיף 8, המפקח על הביטוח רשאי לאשר למבטוח כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבטוח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבטוחים.

9. הצטרפות לביטוח

9.1. צירוף מבטוחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם

כל המבטוחים בהסכם הביטוח הקודם (להלן "הביטוח הקודם"), שהסתיים ב-31.12.2025 יצורפו לכיסויי הביטוח בהם היו מבטוחים במועד תום הביטוח הקודם, בריצף ביטוחי מלא - ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, על מבטוחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, הכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי. מכסות הטיפוליים וסכומי התגמולים הנקובים בפרקים ט'-ו' יקומו מחדש, אף אם מכסות הטיפוליים ו/או סכומי הביטוח עפ"י כל סעיף או פרקים אלו מוצו במלואם או בחלקם במסגרת הביטוח הקבוצתי הקודם.

יובהר כי למבטוח תקום הזכאות לטיפולים וסכומי הביטוח כאמור מחדש ולא בנוסף לאלו שהיו קיימים הביטוח הקבוצתי הקודם.

9.2. צירוף עובדים שלא היו כלולים בהסדר הביטוח הקודם

עובדים (עובדים קבועים במשרד הביטחון החברים אצל בעל הפוליסה) בני/ות זוגם וילדיהם עד גיל 30 שנה שלא היו כלולים בהסדר הביטוח הקודם רשאים להצטרף לביטוח באופן וולונטרי לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות, ללא הצהרת בריאות תוך 90 ימים מיום תחילת הביטוח. למבטוחים אלה יחול סייג רפואי קודם בכפוף לסעיף

3 בפרק ב' חריגים כלליים. על מבטחים אלה יחולו תקופות אכשרה הנקובות בכל סעיף או פרק לפי העניין.

למען הסר ספק, לאחר 90 הימים הצירוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי ותקופות אכשרה הנקובות בכל סעיף או פרק לפי העניין.

9.3. צירוף עובדים חדשים ובני משפחתם

עובדים חדשים (עובדים קבועים במשרד הביטחון החברים אצל בעל הפוליסה) שהחלו את העסקתם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם הביטוח ואשר קמה להם הזכות להצטרף לביטוח, יגישו בקשת הצטרפות עבורם ועבור בני/ות זוגם, וילדיהם עד גיל 30, תוך 90 ימים ("תקופת הצטרפות") ממועד תחילת זכאותם להצטרף לביטוח על פי הסכם העבודה אצל בעל הפוליסה, יצורפו בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. **על מבטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 3 בפרק ב'. על מבטחים אלה יחולו תקופות אכשרה הנקובות בכל סעיף או פרק לפי העניין.**

9.4. צירוף בן/בת זוג שנישא לעובד מבטח

בן/בת זוג אשר ת/ינשא לעובד מבטח י/תצורף, וילדיו/ה המבטחים עד גיל 30, יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 90 יום ממועד הנישואין ("תקופת הצטרפות") או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של העובד ע"י בעל הפוליסה, בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. **על מבטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 3 בפרק ב'. על מבטחים אלה יחולו תקופות אכשרה הנקובות בכל סעיף או פרק לפי העניין.**

9.5. צירוף תינוק לביטוח

9.5.1. תינוק של מבטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך 180 ימים מיום היוולדו תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, וללא תקופות אכשרה וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו תחל למפרע במועד היוולדו וללא תקופת אכשרה.

9.5.2. בחלוף תקופה זו (180 יום מיום היוולדו), הצטרפות התינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות אשר לאחריה יועבר אישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. על מבטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

9.6. צירוף ילד מאומץ

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

9.6.2. בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד האימוץ כחוק), הצטרפות הילד המאומץ מותנית במילוי הצהרת בריאות מורחבת, ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. על מבטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

9.7. עובד מבטח שהפך לגמלאי במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח בגינו ובגין בני משפחתו שהיו מבטחים בפוליסה ערב פרישתו לגמלאות, על פי תנאי

פוליסה זו ובתעריף הנקוב בסעיף 5.2 להלן ובתנאי שיסדיר את המשך הביטוח עבורו ועבור בני משפחתו מול בעל הפוליסה.

9.8. תנאי הצטרפות למבוטחים שהגישו בקשת הצטרפות בחלוף תקופת ההצטרפות בקשת הצטרפות אשר הוגשה בחלוף תקופת ההצטרפות, כרוכה במילוי 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. על מבוטחים אלה יחולו תקופות אכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

9.9. פרישה של מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית

מובהר בזאת כי מבוטחים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח. זכאותם לתגמולי ביטוח תקום לאחר תקופת האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין ובכפוף לסייג בשל מצב רפואי קודם. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

9.10. הצטרפות של מי שהיה מבוטח בביטוח פרטי אצל המבטח

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הזכאים להצטרף לביטוח שיבקשו להצטרף לביטוח זה, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או בביטוח קבוצתי, אצל המבטח ("להלן ביטוח קודם") יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה בכפוף למילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בס' 3 בפרק ב' לגבי כיווי ביטוח הדומים, ולא יחולו תקופות אכשרה לגבי כיווי ביטוח הדומים.

9.10.1. הזכאות להצטרף לביטוח בכפוף לתנאים הקבועים בסעיף 9.10 שלעיל, מותנית שהזכאי לביטוח הגיש את בקשת ההצטרפות בתוך תקופת ההצטרפות בלבד.

9.10.2. יובהר כי הזכאות להצטרף לביטוח זה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות מותנית בכך שהביטוח האחר הסתיים, בוטל או הופסק לגביהם, ובקשת ההצטרפות הוגשה תוך 90 ימים ממועד תום תוקף הביטוח הפרטי או הקבוצתי.

9.11. תשובת המבטח לבקשת הצטרפות

9.11.1. המבטח ישיב לבקשת ההצטרפות תוך 30 ימים מהיום בו התקבלו במשרדיו הבקשה וכל המסמכים הדרושים לבחינת תנאי ההצטרפות.

9.12. צירוף מבוטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח קבוצתי התשס"ט

(א) מוטלת על מבוטח 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 נכחי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד1(ג) לחוק עובד ים 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) האמור בסעיף (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 כיסוי ביטוחי וסכום ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מיוחדת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה 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.

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

9.13. קביעת דמי ביטוח תקנה 5 תק' תשע"ה-2015

(א) דמי ביטוח המשתלמים בעד סכום ביטוח מסוים או בעד תקרת תגמולי ביטוח מסוימת יהיו שווים לכל מבוטח מקבוצת המבוטחים או יחושבו לפי גיל, מין או תבחין אחר הקשור לסיכון הביטוחי או לפי שילוב של תבחינים כאמור.

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

לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" -

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

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

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

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

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

(ג) על אף האמור בתקנה זו, המפקח רשאי לאשר למבטח מסוים כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

9.14. מתן מסמכים למבוטח תקנה 6 תק' תשע"ה-2015

(א) 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 שיוזרה עליהם המפקח.

(1א) על אף האמור בתקנת משנה (א), חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין -

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

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

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

(ב) 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 שבשלהם נקבעה התוספת האמורה;

(5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;

(6) פרטים נוספים שיוזרה עליהם המפקח.

(ג) 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.

(ד) 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.

9.15. מתן הודעות למבוטח - סעיפי 7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה-2015

(1) חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב) (2); לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד

תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

על אף האמור בתקנות הודעה ראשונה למבוטח יכול שתישלח גם במסרון או באמצעות דואר אלקטרוני. יובהר כי המבטח יהיה מנוע לבטל ביטוחו של מבוטח אלא אם נמסרה בדואר רשום הכולל אישור מסירה או נערכה שיחת טלפון מתועדת במהלכה נמסרה הודעה למבוטח שאי הסכמתו המפורשת לעדכון הפרמיה תגרור פגיעה בזכויותו בביטוח.

(1א) חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכלל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

(2א) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכלל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

(3א) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכלל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

9.16. חובת גילוי

9.16.1. הציגה החברה למבוטח לפני כריתת הפוליסה, אם בטופס של הצעת הביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן - עניין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור, אלא אם הייתה סבירה בשעת כריתת הפוליסה.

9.16.2. הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

9.16.3. ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית החברה בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי העניין להחזר הפרמיות ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

9.16.4 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין הפרמיות שהיו משתלמות כמקובל אצלם, לפי המצב לאמיתו לבין הפרמיות המוסכמות כמפורט בדף פרטי הביטוח לבין, והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:

9.16.4.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

9.16.4.2 מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בפרמיה גבוהה יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, זכאי בעל הפוליסה ו/או המבטח לפי העניין להחזר הפרמיות ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות החברה.

9.16.5 החברה לא תהיה זכאית לתרופות המפורטות בסעיף 9.16.3 ו-9.16.4 לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

9.16.5.1 היא ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.

9.16.5.2 העובד השעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות החברה או על היקפה.

9.16.5.3 בנוסף לא תהיה החברה זכאית לתרופות האמורות בסעיף זה לעיל, לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת הפוליסה, זולת אם המבטח פעל בכוונת מרמה.

9.17 תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח למבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות

9.17.1 שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה, בתוך 90 יום ממועד קבלת דמי הביטוח לראשונה, תשלח החברה 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.

9.17.2 אם תוך 90 יום ממועד קבלת דמי הביטוח לראשונה, לא שלחה החברה הודעת דחייה כאמור לעיל, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח.

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

9.17.4 מובהר כי סעיף 9.17.3 זה לא יחול על מבוטחים שצירופם לביטוח הוא צירוף אוטומטי כהגדרתו בפרק א'.

10.1. הודעה על קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 22 לחוק חוזה הביטוח

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח או המוטב להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח. מתן הודעה מאת אחד מאלה משרר את השני מחובתו.

10.2. 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.

10.3. הכשלה של בירור החבות בהתאם לסעיף 24 לחוק חוזה הביטוח

(א) לא קיימה חובה לפי סעיף 7.1 או לפי סעיף 7.2(ב) במועדה, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קיימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

(1) החובה לא קיימה או קויימה 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.

10.4. 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, והאם ניתן השירות מאושר לבצע את הטיפול המבוקש.

10.5. יודגש כי במקרי ביטוח הבאים: השתלות בארץ ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, 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.

10.6. למרות האמור בס' 7.5 לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו עפ"י פוליסה זו, ובסכום חבות המבטח אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.

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

10.8. הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

11. זמני טיפול בתביעה

11.1. המבוטח רשאי להגיש את מסמכי התביעה באמצעות הדואר, פקס, דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

- 11.2. עם קבלת מסמכי התביעה במשרדי המבטח, ישלחו הודעת SMS או מייל או דואר בהיעדר מידע כאמור, המעדכנים את המבטח על הגעת המסמכים והזמן המשוער הנדרש לסילוק התביעה.
- 11.3. המבטח יבדוק את המסמכים הרפואיים שגישה המבטח בכל הקשור לכיסוי הביטוח בפוליסה שברשותו, ויסייע למבטח למצות את מלוא זכויותיו בכל הכיסויים אשר בפוליסת הביטוח.
- 11.4. אם יתברר כי נדרשים מסמכים נוספים לברור חבותו של המבטח, ו/או לצורך סילוק התביעה, יפנה המבטח למבטח במענה מתועד (הודעת SMS או מייל או דואר בהיעדר מידע כאמור), יעדכנו לגבי המסמכים החסרים, וידריך אותו על אופן שליחת המסמכים החסרים.
- 11.5. המבטח ישיב למבטח תוך 21 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו אצל המבטח כל המסמכים הדרושים לברור חבותו על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.
- 11.6. תגמולי ביטוח ישולמו למבטח תוך 30 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו אצל המבטח כל המסמכים הדרושים לברור חבותו על החלטתו.

12. תגמולי ביטוח

- 12.1. 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 קופות החולים ו/או תוכניות השב"ן ותנאיהן לא יחולו על פוליסה זו.

12.2. תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח

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

12.2.1. התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם

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

12.2.1.2. כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבטח תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הנדרשים לצורך קביעת חבותו.

12.2.1.3. במקרים דחופים יומצא כתב ההתחייבות מיידיית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.

12.2.2. השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם

12.2.2.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתיאום מראש עם המבטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותן השירות, או לשלם למבטח כנגד מסמכים המאשרים את ביצוע התשלום לנותן השירות. במקרים בהם נבצר מהמבטח לממן את השירות הרפואי ולקבלו במועד, ועקב כך ישנה סכנה לחייו או להחמרה משמעותית במצב בריאותו, יסדיר המבטח הקדמת התשלום למבטח 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 המבטח.**

1.2.2.2. המבטח ימסור למבטח את כל הקבלות (מקור/ העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הדרושים למבטח לבירור תביעתו. המבטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או איזור אישי.

1.2.2.3. המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה באופן סביר, ולבדוק את המבטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

12.3. אם שולמו למבטח מלוא תגמולי הביטוח עפ"י סעיף או פרק מסוים בפוליסה זו, 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 או פרק.

12.4. טיפולים רפואיים בחו"ל

תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

12.5. פטירת מבטח

נפטר מבטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהיעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה, ככל שמחויב המבטח בכל אחד מפרקי הפוליסה, לשאריו של המבטח.

12.6. יובהר כי המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.

13. ערעור על החלטת המבטח

13.1. מבלי לפגוע בזכאותו של המבטח לפנות לערכאות משפטיות, במקרה של חילוקי דעות בין המבטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, יהיה המבטח רשאי לפנות לוועדת ערר.

13.2. ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.

13.3. החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח, ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.

13.4. ועדת הערר תורכב מ-4 נציגים כדלקמן: 2 נציגים מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה ויועץ הביטוח. החלטות הוועדה יתקבלו ברוב קולות חבריה.

13.5. ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ-30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.

13.6. 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 לגבי מינוי המומחה, יועץ הביטוח יהיה הפוסק לעניין בחירת הרופא המומחה או המומחה. יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.

13.7. המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.

13.8. למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

14. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

- 14.1. 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.
- 14.2. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.
- 14.3. 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.
- 14.4. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

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

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

16. הצמדה

- 16.1. סכומי הביטוח הקובעים, וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או המבוטח, לפי העניין, צמודים למדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל.
- 16.2. דמי הביטוח, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכל לפי העניין, צמודים למדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע תשלום דמי הביטוח.
- 16.3. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל או המדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע התשלום, לפי העניין, לבין המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.

17. ביטול הפוליסה על ידי המבטח

- 17.1. המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הביטוח במהלך תקופת הביטוח. למרות האמור המבטח רשאי לבטל את הביטוח למבוטח מסוים על פי התנאים הקבועים בחוק חוזה הביטוח.
- 17.2. אם לא שולמו דמי הביטוח או חלקם, ולא שולמו תוך 15 ימים לאחר שהמבטח דרש מן המבוטח בכתב לשלם, רשאי המבטח להודיע למבוטח בכתב כי הביטוח עבורו יתבטל כעבור 21 ימים נוספים, אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.
- 17.3. מבלי לגרוע מכל סעד או זכות אחרת העומדים למבטח על פי כל דין, במקרה של אי תשלום פרמיה ע"י מבוטח, המבטח יהיה זכאי לעכב כל תשלום ו/או טיפול במבוטח.

18. 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 אצל המבטח לגבי כל המבוטחים, ובלבד שנערך הסכם ביטוח חלופי אצל מבטח אחר ליתרת תקופת הביטוח.

19. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח

19.1. המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה מכל סיבה שהיא בהודעה בכתב למבטח בכל עת. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו בתום החודש בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח.

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

19.3. יובהר למעלה מכל ספק כי בנסיבות בהן המבוטח ביטל את הפוליסה עבורו ו/או עבור בני משפחתו, לא יחולו לגביהם תנאי ההמשכיות במסגרת פוליסה פרטית כמפורט בס' 19 להלן.

20. ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסוים - בהתאם לס' 8 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

20.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4(ב) לתקנות, 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.

20.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בס' 4 לתקנות או בס' 5(ב) לתקנות, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו 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 בס' 4(ב) לתקנות. 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.

20.3. על אף האמור בס' 9(ב) לתקנות, 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.

21. תום הביטוח ו/או הפסקתו

21.1. תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:

21.1.1. יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה.

21.1.2. היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את עבודתו אצל בעל הפוליסה.

21.1.3. בתום החודש מהמועד בו התקבלה במשרדי המבטח בקשת המבוטח להפסיק את הביטוח.

21.1.4. 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.

לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג - ידועים בציבור.

21.1.5. מות המבוטח.

21.2. תום תקופת הביטוח בהתאם לסעיף 9' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט

פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 18.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

22. המשכיות

22.1. סיום ההסכם או ביטול

22.1.1. עם סיום ההסכם, לרבות במקרה של ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבוטח, וההסכם לא חודש לכלל המבוטחים או לחלק מהם, בין אם אצל אותו מבוטח ובין אם אצל מבוטח אחר, יהיו רשאים המבוטחים לגביהם לא חודש הביטוח לרכוש אצל המבוטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו.

22.1.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 10% ל-10 שנים מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבוטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, לכל תקופת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

22.1.3. המבוטח 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 המבוטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

22.1.4. המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים (אך לא זהים) או פחותים מהכלול בפוליסה זו, ואשר מוצעים באותה עת ע"י המבוטח לכלל האוכלוסייה. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבוטח.

22.1.5. המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבוטח.

22.1.6. יובהר בזאת כי המבוטח יהיה אחראי וחייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לתקופת ההתיישנות כמוגדר בפוליסה.

22.1.7. מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, וטרם מיצה את מלוא זכאותו בתקופת הביטוח הנוכחית, המבוטח יהיה מחויב להמשיך ולשלם לו את תגמולי הביטוח גם לאחר תום תקופת הביטוח, ובתנאי שמקרה הביטוח אירע בתקופת הביטוח הנוכחית.

22.2. המשכיות הביטוח עקב סיום עבודתו אצל בעל הפוליסה

22.2.1. מבוטח שסיים את עבודתו אצל בעל הפוליסה, ואינו מוגדר כגמלאי, ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים לפני סיום עבודתו, ברצף ביטוחי מלא.

22.2.2. דמי הביטוח בפוליסה הפרטית יהיו בהנחה בשיעור של 10% ל-10 שנים מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבוטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

- 22.2.3. עם היוודע למבטח על סיום עבודתו של המבטוח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב למבטוח 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 כיוויים דומים (אך לא זהים) או פחותים.
- 22.2.4. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה מיום סיום העסקתו של המבטוח אצל בעל הפוליסה.
- 22.2.5. המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.

22.3. המשכיות הביטוח במקרה של גירושין

- 22.3.1. בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של עובד עקב גירושין, יהיה זכאי הגרושה/ה לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיוויים ביטוחיים דומים (אך לא זהים) או פחותים מאלה בהם היו מבטוחים במסגרת הביטוח הקבוצתי, ברצף ביטוחי מלא.
- 22.3.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 10% ל-10 שנים מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבטוח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

22.4. המשכיות הביטוח עבור בני משפחה במקרה של פטירת עובד / גמלאי

- מובהר כי שאירוי של עובד /גמלאי שנפטר ימשיכו להיות מבטוחים על פי תנאי פוליסה זו עד תום תקופת ההסכם, ודמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים.
- המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח בתוך 90 יום מיום פטירתו של העובד/גמלאי באמצעות בעל הפוליסה.
- 22.5. יובהר מעל לכל ספק כי מבטוח שביטל את הפוליסה מיוזמתו, לא יהיה זכאי לתנאי המשכיות המצוינים לעיל.

22.6. זכויות המבטוחים 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 מבטוחים, (התעריף בתקופת החלת אינו כולל את הסבסוד) בכפוף לכך שהמבטוח או בעל הפוליסה יסדירו עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח.

23. שינויים בפוליסה

- 23.1. 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.
- 23.2. 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 שיינתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה, ובתנאי שערך הסדר ביטוח חלופי למבטוחים עד סוף תקופת הביטוח.
- 23.3. אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, בהסכמה בין המבטח ובעל הפוליסה, יחולו התנאים הקבועים בסעיף 5 (ב), וסעיף 7 (א) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, לפי העניין.

24. אחריות המבטח לגבי טיפולים המבוצעים 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, אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל בהתאם לתנאים והסייגים הקבועים בכל פרק, לפי העניין, ובתנאי שהצורך בטיפול הרפואי התגלה לראשונה טרם יציאתו של המבוטח לחו"ל. יובהר מעבר לכל ספק אפשרי כי הביטוח על פי פוליסה זו אינו מחליף טיפול רפואי המכוסה במסגרת ביטוח נסיעות לחו"ל.

25. התיישנות

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

26. חוק הביטוח

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

27. הודעות

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום. הודעה שתישלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תיחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה. אם חזרה ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין, וזו האחרונה תיחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

28. מקום שיפוט

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

29. 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 ויוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מרב החבובות, 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. בנוסף כותרות הסעיפים באות לשמש מקומות בלבד ואין להשתמש בהן כפרוש לפוליסה זו.

פרק ד': השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות

- 1.1. "השתלה" - השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות:
- 1.1.1. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, רחם, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או הוצאה, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
 - 1.1.2. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או הוצאה, אשר נלקח מבעל חיים.
- בנוסף**, או איבר מלאכותי (איבר מכאני- לא חי), ו/או איבר שגודל או פותח או הודפס באמצעים טכנולוגיים אחרים, במקומם.
- 1.1.3. השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.
- 1.2. **"טיפול חלופי בישראל"** - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח הניתן לביצוע בישראל, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגעות באיכות חייו.
- 1.3. **"טיפול מיוחד בחו"ל"** - טיפול רפואי בחו"ל לרבות ניתוח, טיפול מחליף ניתוח, או טיפול רפואי המשלב ביניהם, אשר רופא מומחה בתחום הרלוונטי בישראל קבע בחוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו, ומתקיים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:
- 1.3.1. שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל;
 - 1.3.2. הטיפול המיוחד אינו מבוצע ע"י שירותי הרפואה בישראל.
 - 1.3.3. הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח, ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו.
 - 1.3.4. זמן ההמתנה ארוך מהסביר בישראל עלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח.
 - 1.3.5. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית, על פי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל.
 - 1.3.6. 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.

- 1.3.7. הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, או במחלה גידולית אחרת, או במחלה אוטואימונית שעלולה לסכן את חיי המבוטח.
- 1.3.8. מניעת הטיפול הרפואי עלולה לגרום לנכות צמיתה העולה על 75% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.
- 1.3.9. הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.
- 1.4. "רופא מומחה בישראל" - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו 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.
- 1.5. "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.
- הגדרת הכיסוי הביטוחי להשתלה וטיפול מחליף ניתוח בחו"ל לפי סעיפים 1.1 ו-1.3.1 מיטיבה עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח - טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב-2022.**

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.

בנוסף, לעניין סעיף זה, מצבו הרפואי המחייב ביצוע השתלה או טיפול רפואי מיוחד: הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרלוונטי, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור השתלה או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל, לפי העניין. המועד הקובע לחבות המבטח הינו המועד בו נמסרה לראשונה למבוטח המלצה בכתב מאת רופא מומחה על הצורך בהשתלה או הטיפול המיוחד.

3. כיסוי ביטוחי:

3.1. המבוטח יהיה זכאי לבחור באחד מבין 2 המסלולים החלופיים הבאים:

3.1.1. מסלול שיפוי

- 3.1.1.1. עבור השתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.1.1.5, שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.1.1.6, וכן פיצוי כמפורט בס' 3.1.1.7.
- 3.1.1.2. עבור השתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.1.1.5, שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.1.1.6, וכן פיצוי כמפורט בס' 3.1.1.7. ובלבד שסכום הכיסוי המרבי להשתלה בהגדרתה בסעיף 1.1 לא יעלה על 5,000,000 ש.ש.
- 3.1.1.3. עבור טיפול מיוחד בחו"ל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.1.1.5.6-3.1.1.5.2, וכן שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.1.1.6.7-3.1.1.6.2.
- 3.1.1.4. עבור טיפול מיוחד בחו"ל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.1.1.5.6-3.1.1.5.2, וכן

שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.1.1.6.2-3.1.1.6.7, ובלבד שסכום הכיסוי המירבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,200,000 ש"ח.

3.1.1.5. עבור ההוצאות המפורטות להלן - שיפוי מלא, בכפוף להוראות ס' 3.1.1.1-3.1.1.4:

3.1.1.5.1. הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

3.1.1.5.2. הוצאות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.1.1.5.3. הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.1.1.5.4. הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל במחלקת תיירים עבור השתלה או ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הינו קטין, והוצאות שיבתם לישראל.

3.1.1.5.5. הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים בחו"ל וחזרה.

3.1.1.5.6. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.1.1.5.7. הוצאות בגין מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.

3.1.1.6. עבור ההוצאות המפורטות להלן - שיפוי בהתאם לתקרות הסכומים המופיעות לצידן, ובכפוף להוראות ס' 3.1.1.1-3.1.1.4:

3.1.1.6.1. הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה, ובכלל זה רישום במאגרים בחו"ל - עד 300,000 ש"ח.

3.1.1.6.2. הוצאות בגין הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, לרבות טיסות הלוך ושוב לחו"ל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים - עד 200,000 ש"ח.

3.1.1.6.3. הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל לרבות טיפולי דיאליזה - עד 250,000 ש"ח.

3.1.1.6.4. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי עד 100,000 ש"ח, על אף האמור, אם המבוטח תאם את ההטסה הרפואית- כיסוי מלא.

3.1.1.6.5. 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 הטיפול, הוצאות שהיה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל ועד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הינו קטין עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים.

בנוסף, הוצאות שהיה כמפורט לעיל, יכוסו לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה ע"י רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית.

3.1.1.6.6. הוצאות לטיפול המשך בתוך 24 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל - עד 200,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע ההשתלה, ועד 150,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל;

3.1.1.6.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי של 200,000 ₪.

3.1.1.6.8. בנסיבות שבהן המבוטח יצא לחו"ל לצורך ביצוע השתלה, וההשתלה לא בוצעה, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי הביטוח הקבועים לעיל, ובתנאי שהוצגו לשיעור רצונו של המבוטח כל המסמכים המעידים כי מטרת הנסיעה הייתה לצורך ביצוע השתלה. כיסוי ההוצאות לא יפגע בזכות המבוטח לכיסוי השתלה עד לתקרות המפורטות בפרק זה, בניכוי הסכומים שכבר שולמו.

3.1.1.7. עבור ההוצאות המפורטות להלן - **פיצוי**

3.1.1.1. בהתאם לסכומים המופיעים לצידן, ובכפוף להוראות ס' - 3.1.1.4:

3.1.1.7.1. קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו - 4,500 ₪; לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 2,000 ₪ לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים; לעניין זה "מועמד להשתלה" - מבוטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה;

3.1.1.7.2. גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית - 5,500 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים.

3.1.1.7.3. השתלה שבוצעה בחו"ל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבוטח - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪.

3.1.1.7.4. גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל -

מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול המיוחד גילו מעל 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 2,400 ש"ח לחדש, לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם החל ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול המיוחד טרם מלאו לו 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 1,200 ש"ח לחדש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיפים 3.1.1.2, 3.1.1.4, 3.1.1.6.3, 3.1.1.6.6, 3.1.1.6.8, 3.1.1.7.1 מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח - טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב-2022.

3.1.2. בנוסף, מסלול חלופי - פיצוי במקרה של צורך בביצוע השתלה.

המבוטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי לסעיף 3.1.1 - מסלול המקנה פיצוי חד פעמי מיוחד במקרה שמצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה כהגדרתה בסעיף 1.1 לעיל.

3.1.2.1. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 380,000 ש"ח בגין מצבו הרפואי המחייב ביצוע ההשתלה, ובתנאי מפורש שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.

3.1.2.2. על אף האמור לעיל, פיצוי זה לא יחול על השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר.

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 בסעיפים 3.1.1.5 ו-3.1.1.6, או פיצוי כספי כמפורט בסעיף 3.1.1.7.3 לעיל. הכיסוי הביטוחי לפי סעיף 3.1.2 מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח - טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב-2022.

4. חריגים

המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

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

4.2. מקרה ביטוח שנגרם באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, או פעילות בעלת אופי צבאי, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

4.3. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

4.4. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

- 4.5. השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל 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.
- 4.6. השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה.
- 4.7. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 4.8. טיפולי רפואה משלימה.
- 4.9. טיפולים נפשיים.
- 4.10. לגבי טיפולים מיוחדים בחו"ל -
- 4.10.1. טיפול מיוחד מסיבה של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
- 4.10.2. טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

פרק ה': תרופות שלא בסל הבריאות

1. הגדרות

- 1.1. "בדיקה גנטית" - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל הבריאות.
 - 1.2. "טיפול תרופתי" - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך.
 - 1.3. "מדינות מוכרות" - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
 - 1.4. "מרשם" - מסמך רפואי תחום על ידי רופא מומחה או רופא בית חולים, על פי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
 - 1.5. "סל שירותי הבריאות" - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריהן, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.
 - 1.6. "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובהינתן), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
 - 1.7. "רופא מומחה בכיר" - רופא מומחה המועסק על ידי בית חולים בישראל בדרגת סגן מנהל המחלקה ומעלה.
 - 1.8. "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור כל כיסוי, ובה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
 - 1.9. "תרופה" - חומר כימי או ביולוגי, או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרוקחים (תיקון מס' 24) תשע"ו-2016, אשר נועד לטיפול במצב רפואי לרבות טיפול בסימפטומים רפואיים (כולל כאב), מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
 - 1.10. "תרופת יתום" - תרופה לטיפול במחלה נדירה.
 - 1.11. "תרופה מיוחדת" - תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות, אשר אושרה על ידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות להתווייה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.
- בנוסף**, טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:
- 1.11.1. 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.
 - 1.11.2. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, והנמצאת בהליך רישום באחת מהמדינות המוכרות, לרבות במסלול אישור בעדיפות ("Priority Review"), במסלול אישור מהיר ("Fast Track Designation"), או מסלול אישור מואץ ("Accelerated Approval"), או שסוגה ע"י ה-FDA כ"תרופה פורצת דרך" ("Breakthrough Designation"), או לאחר השלמת ניסויים קליניים לתרופה, בשלב שאושר ה-NDA עבור התרופה (New Drug Application).

1.11.3. 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.

1.11.4. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר בהסתמך על בדיקה גנטית או בדיקה גנומית מולקולרית, או בדיקה אימונוהיסטוכימית שבוצעו במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים.

1.12. "תרופה ניסיונית" - תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתקיים לגביה אחד מהבאים:

1.12.1. תרופה שלא אושרה על ידי רשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לשימוש כלשהו.

1.12.2. תרופה שאושרה לשימוש כלשהו על ידי רשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך בקריטריונים רפואיים מקובלים ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

1.12.3. תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני.

1.12.4. "תרופה Off Label" - תרופה, שאושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות 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:

(1) עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa.

(2) חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.

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

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

(1) NCCN.

(2) ASCO.

(3) NICE.

(4) Esmo Minimal Recommendation.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיפים 1.9, 1.11, מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח - טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב-2022.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים המפורטים:

- 2.1. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, על פי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:
 - 2.1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.
 - 2.1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה ממומנת ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח.
 - 2.1.3. תרופה OFF LABEL.
 - 2.1.4. תרופת יתום אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה או הוכרה כתרופת יתום על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
 - 2.1.5. תרופה מיוחדת.
 - 2.2. מצבו הרפואי של המבוטח מצריך, על פי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת בהתאם לפרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארה"ב.
- הכיסוי הביטוחי לפי סעיף 2.1.2 מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח - טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב-2022.**

3. הכיסוי הביטוחי

- סכומי הביטוח בפרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי אשר יתחדש אחת לשנתיים שתחילתה במועד תאריך תחילת הביטוח של הפוליסה לכלל המבוטחים כנקוב בסעיפים 3.1-3.4 להלן:
- 3.1. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1-2.1.4 - עד 3,000,000 ש"ח.
 - 3.2. בשל מקרה הביטוח המפורט בס' 2.1.5 - עד 1,000,000 ש"ח.
 - 3.3. סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1, אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי ועד תקרת העלות הכרוכה בקבלת שירות זה.
 - 3.4. בשל מקרה הביטוח המפורט בס' 2.2 - עד 80% מההוצאה בפועל.
- 3.5. 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 400 ש"ח לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.
- הכיסוי הביטוחי לפי סעיפים 3.4 ו-3.5 מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב-2022.**

4. חריגים

בנוסף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה, המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 4.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 4.2 טיפול תרופתי הניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
- 4.3 תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.
- 4.4 מקרה ביטוח שנגרם באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, או פעילות בעלת אופי צבאי, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.
- 4.5 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 4.6 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.
- 4.7 תרופה ניסיונית.
- 4.8 תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה.
- 4.9 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging. על אף האמור, יכוסו ויטמינים או תוספי מזון או קנאביס רפואי כמפורט בסעיף 3.5 לעיל.
- 4.10 טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס), למעט עבור מבוטחים שהינם נשאים או חולים.
- 4.11 תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.12 שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.
- 4.13 מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.

5. השתתפות עצמית

- 5.1 סכום ההשתתפות העצמית החודשית - 250₪ לתרופה, לאותו חודש. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.
 - 5.2 בנסיבות בהן זכאי המבוטח להשתתפות השב"ן בעלות הטיפול התרופתי, יישא המבוטח ביתרת עלות התרופה, ללא השתתפות העצמית ובתנאי שעלות התרופה למבוטח הינה מעל 250₪ לכל חודש.
 - 5.3 המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.
 - 5.4 על אף האמור בס' 5.1 לעיל, לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-1,000₪.
- הכיסוי הביטוחי לפי סעיפים 5.1, 5.2 ו-5.4, מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח - טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב-2022.

פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הגדרות

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;

טיפול מחליף ניתוח: טיפול רפואי או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;

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, ראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;

ניתוח מורכב: ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים ברצף לפחות;

רופא מומחה: רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;

רופא מומחה בישראל: רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו 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;

שתל: כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;

תקופת אכשרה: תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה 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

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח, טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל.

לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3. כיסוי ביטוחי

בקרת מקרה הביטוח יכלול פרק זה כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

3.1 לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4 שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף קטן 3.6.

3.2 עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4 שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף קטן 3.6 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל;

לעניין זה, "עלות הניתוח בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לאותו הניתוח בישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות;

3.3. לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 3.4.1, 3.4.2 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.

לעניין זה, "עלות הניתוח החלופי בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לניתוח שאותו החליף הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל, במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

3.4. בקרות מקרה הביטוח יינתן שיפוי מלא עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיפים 3.1-3.3 לעיל:

3.4.1. שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל;

3.4.2. כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;

3.4.3. עלות הסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח;

3.4.4. הוצאות טיסה לניתוח מורכב - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; במקרה שהמבוטח קטין - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים;

3.4.5. הוצאות נסיעה יבשתיות בגין ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;

3.5. בקרות מקרה הביטוח יינתן שיפוי עד לגובה הכיסוי ותקרת הסכומים המפורטים לצדן עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל:

3.5.1. הוצאות שתי התייעצות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל - עד 1,200 ₪ לכל התייעצות;

3.5.2. הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 ₪.

3.5.3. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪; אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת על ידי החברה - כיסוי מלא;

3.5.4. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ₪;

3.5.5. הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך ניתוח - עד 60,000 ₪;

3.5.6. הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:

3.5.6.1. עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב - עד 650 ₪ ליום;

3.5.6.2. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום;

- 3.5.6.3. הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב - עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכלל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול;
- 3.5.6.4. הוצאות עבור מוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלבנטי החליט על הצורך בהחלמה - עד 400 ₪ לכל יום;
- 3.5.6.5. הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000 ₪;
- 3.6. נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח תשלם החברה למוטב, אותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה 150,000 ₪.

4. חריגים מיוחדים

- בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על-פי פרק זה במקרים הבאים:
- 4.1. מקרה ביטוח שאירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים;
- 4.3. מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;
- 4.4. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קובנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.5. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל;
- 4.6. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 4.7. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון, והפלה;
- 4.8. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.8.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 4.8.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.9. טיפולי רפואה משלימה;
- 4.10. טיפולים נפשיים;
- 4.11. השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל להגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל;

- 4.12. 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;
- 4.13. בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקות ופעולות הדמיה כגון: MRI ו-CT, אם הן אינן חלק ממהלך הניתוח או טיפול מחליף הניתוח.

5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

פרק ז': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ (ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית)

1. הגדרות

בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:

1.1. בית חולים פרטי:

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

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

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

1.2. 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:

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

1.6. קופת חולים:

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

1.7. רופא מומחה:

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

1.8. שתל:

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

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 למבוטח עימו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

3. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מקרים אלה:

3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ (צמוד למדד) 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;

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

3.4 טיפול מחליף ניתוח; וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו-3.3, ישולמו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי נותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 4.1. מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, 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 אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 4.3.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
- 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 באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;
- 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 בחוזה ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לביורור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהייתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את ביורור חבותה ולא הכביד על הברור.

6. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

- 6.1 פרק זה כפוף לכל התנאים הכלליים.
- 6.2 כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים, יחייב לעניין פרק זה רק אם נכלל במפורש בפרק.
- 6.3 במקרה של סתירה בין האמור בפרק זה לבין האמור בפרק אחר של הפוליסה ו/או בתנאים הכלליים, יחייבו לעניין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה הוראות פרק זה.

7. תקופת אכשרה

- 7.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- 7.2 על אף האמור בסעיף 7.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

פרק ז'(1): ביטוח ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית

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

1. הגדרות

בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:

1.1. בית חולים פרטי:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי תכינת זו, תחול ההגדרה שלהלן:

אחד מאלה:

- 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;
- 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:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

פעולה פולשנית-חדירתית החוזרת 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 פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.7. רופא מומחה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

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

1.8. שתל:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
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:

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

2. מקרה הביטוח

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 כמוגדר להלן, לפי העניין.

3. 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 שישולמו על ידי החברה או על ידי המטופל.

בקרות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

3.1. החברה תשפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל, רק במקרים הבאים:

3.1.1. שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם החברה;

3.1.2. שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם החברה;

3.1.3. שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא בכיסוי פוליסת הביטוח בחברה, כאשר מימון הניתוח יהיה על ידי השב"ן.

3.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן, כהגדרתה בסעיף 5 להלן, או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה

הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור 3.2 זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

3.3. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, ינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן בהתאם לניתוח בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 3.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

4. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח ובכפוף להוראות סעיף 3 לעיל, יהיה זכאי המבוטח כדלקמן:

4.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ש"ח להתייעצות (צמוד למדד) 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;

4.2. שכר מנתח;

4.3. 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.

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

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3, 4.2 ו-4.3 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החוזר 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.

5. זכאות לברות ביטוח

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו ו/או זכאותו של המבוטח בשב"ן מסיבה כלשהי (לעיל ולהלן: "הפסקת החברות בשב"ן") ו/או קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי סעיף 3.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת החברות בשב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ברצף ביטוחי ללא כל תקופת אכשרה וללא הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים "מהשקל הראשון" תהא למפרע על פי מועד הפסקת החברות בשב"ן.

6. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 6.1 מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, 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 אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 6.3.2 ניתוח בריאטרי 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 השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
- 6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 6.10 מקרה ביטוח שאין 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 למעט כאמור 3.1.2 לעיל.

7. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לברור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהייתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את ברור חבותה ולא הכביד על הברור.

8. התחייבות המבוטח

המבוטח נדרש לפעול למימוש מלאו זכויותיו בשב"ן ולשתף לשם כך פעולה עם החברה, וכן להודיע לחברה בהקדם, ככל שניתן, על כל החלטה של השב"ן הרלוונטי לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצעו לגביו על ידי השב"ן.

9. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

- 9.1 פרק זה כפוף לכל התנאים הכלליים.
- 9.2 כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים, יחייב לעניין פרק זה רק אם נכלל במפורש בפרק.
- 9.3 במקרה של סתירה בין האמור בפרק זה לבין האמור בפרק אחר של הפוליסה ו/או בתנאים הכלליים, יחייבו לעניין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה הוראות פרק זה.

10. תקופת אכשרה

- 10.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- 10.2 על אף האמור 10.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

פרק ז'(2) - ניתוחים וטיפולים מחליפי הניתוח בישראל (ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪ (צמוד למדד))

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

1. הגדרות

בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:

1.1. בית חולים פרטי:

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

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

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

1.2. 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:

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

1.6. קופת חולים:

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

1.7. רופא מומחה:

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

1.8. שתל:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
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:

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

2. מקרה הביטוח

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 כמוגדר להלן, לפי העניין.**

3. 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 שישולמו על ידי החברה או על ידי המטופל.

בקרות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

3.1. החברה תשפה את המבוטח, בשל ניתוח פרטי בישראל, רק במקרים הבאים:

3.1.1. שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.5

להלן, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם החברה;

3.1.2. שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם החברה;

3.1.3. שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא בכיסוי פוליסת הביטוח בחברה, כאשר מימון הניתוח יהיה על ידי השב"ן.

3.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן,

כהגדרתה בסעיף 5 להלן, או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור 3.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכולה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה

הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 3.2 זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

3.3 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן בהתאם לניתוח בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והראות סעיף 3.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

4. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח ובכפוף להוראות סעיף 3 לעיל, יהיה זכאי המבוטח כדלקמן:

4.1 **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות (צמוד למדד) 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;**

4.2 **שכר מנתח; מעבר לזכויות המוקנות במסגרת תכנית השב"ן ובניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.5 להלן.**

4.3 **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, מעבר לזכויות המוקנות במסגרת תכנית השב"ן ובניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.5 להלן, 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.**

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

4.5 השתתפות עצמית בגין ביצוע ניתוח:

4.5.1 בקרות מקרה ביטוח של ביצוע ניתוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר

יש למבטח הסדר ניתוח עמם, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המפורטות 4.2 ו-4.3

לעיל, בניכוי השתתפות עצמית למקרה ביטוח בגובה 5,000 ₪ (צמוד למדד).

למרות האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית כאמור בגין תשלומים לפי סעיפים 4.2 ו-4.3 לעיל, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

4.5.1.1 למבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי;

4.5.1.2 קיימות למבוטח הוצאות רפואיות מעבר לכיסוי שקיבל מהשב"ן

(ובלבד שקיבל כיסוי), בגין ביצוע ניתוח שהינו בהסדר בשב"ן.

4.5.2 במקרה שבו עלות הניתוח של המבוטח נמוכה מ-5,000 ₪ (צמוד למדד)

על פי הסדר ניתוח שיש למבטח עם רופא ו/או מוסד רפואי, יאפשר המבטח

למבוטח לבצע את הניתוח על פי עלות הסדר הניתוח שיש למבטח עם אותו

רופא ו/או מוסד רפואי, עבור הניתוח של המבוטח.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3, 4.2 ו-4.3 לעיל, ישולמו לנותני השירות

שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין

הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידו 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.

5. זכאות לברות ביטוח

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו ו/או זכאותו של המבוטח בשב"ן מסיבה כלשהי (לעיל ולהלן: "הפסקת החברות בשב"ן") ו/או קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי 3.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, היא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת החברות בשב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ברצף ביטוחי ללא כל תקופת אכשרה וללא הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים "מהשקל הראשון" תהא למפרע על פי מועד הפסקת החברות בשב"ן.

6. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

6.1. מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, 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 אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

6.3.2. ניתוח בריאטרי 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. השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.

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 הליסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הליסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

6.7. מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;

6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

6.10. מקרה ביטוח שאין 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, למעט כאמור בסעיף 3.1.2 לעיל.

7. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לבירור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהייתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי.

האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

8. התחייבות המבוטח

המבוטח נדרש לפעול למימוש מלוא זכויותיו בשב"ן ולשתף לשם כך פעולה עם החברה, וכן להודיע לחברה בהקדם, ככל שניתן, על כל החלטה של השב"ן הרלוונטי לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצעו לגביו על ידי השב"ן.

9. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

9.1 פרק זה כפוף לכל התנאים הכלליים.

9.2 כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים, יחייב לעניין פרק זה רק אם נכלל במפורש בפרק. במקרה של סתירה בין האמור בפרק זה לבין האמור בפרק אחר של הפוליסה ו/או בתנאים הכלליים, יחייבו לעניין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה הוראות פרק זה.

10. תקופת אכשרה

10.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

10.2 על אף האמור בסעיף 10.1 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 ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או אשפוז מחמת מחלה 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 שחרור 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 וכח עזר בעת שהותו של המבוטח בביה"ח בישראל, שלא ע"י בן משפחה, עד 375 ש"ח לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח, טיפול מחליף ניתוח 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 גיל 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-469 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 (בתוך 7 ימים), בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 879 ש"ח לכל יום החלמה, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה ימים, בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים, או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי השאורך 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 5,863 ש"ח 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 עירו, הכנסה או החלפה קטטר, זונדה, שטיפת צנתרים עד 293 ש"ח 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 410 ש"ח 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 211 ש"ח לכל יום, עבור הוצאותיו בגין טיפול וסיוע תפקודי שניתנו ע"י מטפל/ת שאינו בן משפחה של המבוטח.

לעניין זה "ריתוק לבית": 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.

3.6. טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום לאחר ניתוח

המבוטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים יום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד 293 ש"ח לכל טיפול ועד 10 טיפולים. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3.7. פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה (מכל סיבה שהיא)

3.7.1. 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 117 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית בת 10 ימים.

מבוטח שגילו בעת מקרה הביטוח מתחת ל-18 שנים, ואשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, יהיה זכאי לפיצוי של 234.50 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית בת 10 ימים.

פרק ט': ייעוץ ובדיקות אבחנתיות

1. הגדרות

1.1. **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 כמסת 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 לבצען 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.**

1.2. **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.

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 938 ש"ח 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"

מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מעלות עבור שירותי "רופא מלווה" ועד 2,931 ש"ח, 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.

3.2.1. תנאי לחבות המבטח

3.2.1.1. שירות רופא מלווה יכלול לפחות פגישת פרונטלית אחת ו-2 פגישות נוספות (בכל אמצעי), מתועדות, במהלך 3 חודשים מתחילת קבלת השירות.

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

3.2.2.1. בעיות בהתפתחות הילד.

3.2.2.2. טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי.

3.2.2.3. יעוץ במהלך אשפוז של המבוטח בבית חולים.

3.2.2.4. טיפולים למטרות יופי ואסתטיקה.

3.2.2.5. פוריות, הריון או עקרות.

3.2.2.6. טיפולים ברפואה משלימה.

3.2.2.7. המבוטח לא יהיה זכאי להחזר כספי עבור שירות זה מכל סעיף או פרק אחר בפוליסה.

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

המבטח ישתתף בעלות חוות דעת שניה, פעם אחת בכל אשפוז, עם רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח, בעת שהותו באשפוז, בשיעור של 80% ועד 2,931 ₪.

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-8,208 ₪ 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 800 ₪ לכל יום שהות ועד 7 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 11,725 ₪ לכל הבדיקות שבוצעו בכל שנת ביטוח.

יובהר כי חלקו של המבוטח בעלות הבדיקה לא תפחת מ-293 ₪ לכל בדיקה.

המבטח לא יישא בעלות עבור שירות לתיווך, תיאום או קיצור תורים, אלא, החזר בגין עלות הבדיקה בלבד ובכפוף לקבלה שאינה מחב התיווך.

4.2. חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית

המבטח ישתתף בשיעור 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 938 ש"ח 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 703.53 ש"ח.

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

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

5.2.2. התייעצות עם רופאים מומחה/ים.

5.2.3. ביצוע בדיקות אבחון ופיענוחן.

5.2.4. פגישת סיכום עם רופא הממיין 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 היעוץ הראשונה עם הרופא הממיין תואמה תוך 3 ימי עסקים ממועד פנייתו של המבטח לקבל את השירות, והאבחון בוצע והושלם תוך 7 ימי עסקים ממועד פגישת היעוץ הראשונה עם הממיין.

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. תקופת אכשרה לפרק זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק י': הוצאות רפואיות נוספות

1. הגדרות

1.1. **אביזר רפואי:** כל מכשיר או האביזר לשימוש פנימי או חיצוני אשר מיועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול או מניעה במצבו הרפואי של המבוטח.

2. מקרה ביטוח

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

3. תגמולי הביטוח

חות המבטח הינם בכפוף לתנאים, המכסות וגבולות האחריות המצוינים לגבי כל טיפול או שירות רפואי המפורטים בסעיף 4 להלן.

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

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

3.1.2. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות והשב"ן השתתף בעלות הטיפול באמצעות החזר כספי למבוטח ("נותן שירות מוכר"), יישא המבטח בשיעור של 100% מההפרש שבין הסכום ששילם המבוטח לנותן השירות לבין סכום החזר מאת השב"ן, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

3.1.3. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שלא בהסכם עם השב"ן או לא מוכר ע"י השב"ן, יישא המבטח בשיעור 80% מהסכום ששולם לנותן השירות, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

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

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

4. רשימת הטיפולים המכוסים

4.1. אביזרים רפואיים

4.1.1. המבטח ישתתף בעלות רכישת אביזרים רפואיים שנרכשו במהלך תקופת הביטוח עפ"י המלצה בכתב מאת רופא מומחה, עד לתקרה של 4,690 ₪ לכל תקופת הביטוח.

חריגים:

4.1.1.1. לא יכוסו אבזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, קולנועית, טלפון סלולרי, ו/או שעון חכם מכל סוג שהוא ויישומים (אפליקציות) לשעון חכם או טלפון סלולרי).

4.1.1.2. לא יכוסו מוצרי טואלטיקה מכל סוג שהוא לרבות סבונים, שמפו/מרכך, קרמים ומוצרי היגיינה.

4.1.1.3. לא יכוסו פרטי ביגוד והנעלה למעט הרשום בסעיף 4.1.1.5.

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

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

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

4.1.1.7. לא יאושר אביזר לצורך טיפול ניסיוני או המבוסס על טכנולוגיות ניסיוניות.

4.1.1.8. הזכאות להשתתפות המבטח עברו מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 469 ₪ בכל פעם.

4.1.2. תקופת אכשרה

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

4.2. 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 188 ₪ לכל חודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים:

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

4.2.2. אובחן במבטח הצורך בניית לב או השתלת לב.

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

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

4.3. שיקומית (טיפול שיקום שלא לאחר ניתוח)

4.3.1. שיקום דיבור וראיה

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 141 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

4.3.2. התעמלות שיקומית

המבטח ישתתף בעלות עבור התעמלות שיקומית לאחר אירוע רפואי שאירע במהלך תקופת הביטוח, עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 211 ₪ לכל חודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

4.3.3. טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום

המבטח ישתתף בעלות טיפול פיזיותרפי/הידרותרפי, שניתנו למבטח, עד לסכום של 293 ₪ לכל טיפול, עד 10 טיפולים. בכל שנת ביטוח.

- 4.3.4. חריגים
- 4.3.4.1. על פי סעיף זה לא יכוסו אבחונים או טיפולים בהתפתחות הילד או טיפול בליקויי למידה המכוסים בסעיף 4.5.
- 4.3.4.2. טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.
- 4.3.4.3. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבטח.
- 4.4. בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות
- 4.4.1. בדיקות לנשים בהריון
- המבטח ישתתף בעלות בדיקה שבוצעה בגופה של מבטחת במהלך תקופת הביטוח, לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההיריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, עד לסכום של 3,520 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.
- במקרה והמבטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 5,870 ₪ לכל הריון.
- 4.4.2. בדיקות גנטיות טרום הריון
- המבטח ישתתף בעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום הריון לשלילת מומים מולדים, שבוצעו במבטח/ת במהלך תקופת הביטוח. הזכאות הינה עד ל-1,466 ₪ לכל מבטח/ת, פעם אחת בתקופת הביטוח.
- 4.4.3. מעקב הריון
- המבטח ישתתף בעלות עבור ביקור המבטחת אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, עד לסכום של 469 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.
- 4.4.4. טיפולי פוריות והפריה חוץ גופית
- 4.4.4.1. המבטח ישתתף בעלות של טיפולי פוריות או הפריה שבוצעו בגופה של מבטחת, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית, עד לסכום של 11,725 ₪ עבור כלל הניסיונות להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק) שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד.
- 4.4.4.2. הכיסוי על פי סעיף זה כולל את כל המרכיבים והשלבים בביצוע טיפול הפוריות או ההפריה, לרבות: פרוצדורות חודרניות ברחמה של המבטחת, בשחלות או בחצוצרות ו/או פעולות חודרניות באשך, בדיקה אבחונית, עלות טיפול תרופתי, הזרעה תוך רחמית או שאיבת ביציות, ביצוע ההפריה, והחזרת עוברים לגופה של המבטחת, וכן עלות השגת תרומת ביצית לצורך ביצוע ההפריה במידת הצורך.
- 4.4.4.3. המבטח ישתתף בעלויות עבור טיפולים לפריון הגבר ובכלל זה פרוצדורות כירורגיות להוצאת תאי זרע מגופו של המבטח והשבחתם שבוצעו במהלך תקופת הביטוח ועד 11,725 ₪.
- 4.4.4.4. יובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה עבור טיפול שבוצע בגופה/ה של המבטח/ת בלבד במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד. יובהר כי שני בני זוג מבטחים יהיו זכאים לסכום ביטוח של 11,725 ₪ יחדיו.
- 4.4.5. שמירת הריון באשפוז
- מבטחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסכום של 234.50 ₪ לכל

יום אשפוז, החל מיום האשפוז ה-14. בכל מקרה, סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה לא יעלה על 5,863 ₪ לכל הריון.

4.4.6 שירותים ייחודיים לילדת

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח עבור השירותים המפורטים להלן, ולא יותר מהסכום הנקוב בכל אחד מהשירותים:

4.4.6.1. הדרכה פרטית להכנה ללידה בבית המבוטחת - החזר עד 528 ₪ פעם אחת בתקופת הביטוח.

4.4.6.2. התייעצות עם יועצת הנקה - החזר עד 469 ₪, פעם אחת בתקופת הביטוח.

4.4.6.3. שירותי דולה/אחות פרטית ללידה - החזר עד 704 ₪.

4.4.6.4. עלות שכירת מכשיר איזי טנס - החזר עד 422 ₪.

4.4.6.5. החזר שהייה במלונית הצמודה לבית החולים לאחר הלידה - עד 4 ימים ועד 293 ₪ לכל יום. הכיסוי הינו פעם אחת בכל תקופת הביטוח, למבוטחת שלה לפחות 2 ילדים (לידת ילד שלישי או יותר).

4.4.7 אם פונדקאית

יובהר כי הזכאות לבדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.

4.4.8 חריגים

4.4.8.1. על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולי מתחום הרפואה המשלימה.

4.4.8.2. לא יכוסו טיפולים המכוסים על פי פרק הניתוחים.

4.4.9. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 9 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.

4.5 כיסוי מיוחד לילדים

4.5.1 בעיות הרטבה לילדים

המבטח ישתתף בעלות של עד שני טיפולים לכל ילד מבוטח למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 821 ₪ לטיפול, בתקופת הביטוח.

4.5.2 אבחון בעיות התפתחות ילדים/ליקוי למידה

4.5.2.1. המבטח ישתתף בעלות שירותי אבחון למבוטח 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 1,407 ₪. הזכאות הינה פעם אחת לכל תקופת ביטוח.

4.5.2.2. המבטח ישתתף בעלות עבור אבחון נוסף למבוטח שגילו עד 18 שנים, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והמבוטח מטופל תרופתית, ועד לסכום של 2,111 ₪.

4.5.3 טיפול בבעיות התפתחות בילדים

4.5.3.1. המבטח ישתתף בעלות טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה שאובחנו אצל מבוטח עד גיל 18, המבוצעים על ידי פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג עד לסכום של 141 ₪ ולא יותר מ-30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

- 4.5.3.2. לעניין סעיף זה "בעיות בהתפתחות הילד" - פגיעה, תפקוד לקוי, או עיכוב בתפקוד פיזי או נפשי או קוגניטיבי בהתאם לגילו של המבוטח.
- 4.5.4. חריגים**
- 4.5.4.1. על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.
- 4.5.4.2. לא יכוסו טיפולים ניסיוניים.
- 4.5.4.3. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 12 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.
- 4.6. יעוץ/טיפול פסיכולוגי/פסיכיאטר/עובד סוציאלי**
- 4.6.1. המבטח ישתתף בעלות עבור יעוץ ו/או טיפול שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכיאטר ו/או עובד סוציאלי, עד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח ועד 293 ₪ לכל טיפול.
- 4.6.2. **תנאי לחבות המבטח**
- תנאי לחבות המבטח כי המבוטח יצרף אישור חתום ע"י המטפל בלבד, המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול, ועלות הטיפול. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.
- 4.7. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי**
- 4.7.1. המבטח ישתתף בעלות טיפולים ברפואה משלימה שבוצעו בפועל במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 141 ₪ לטיפול או התייעצות. המבוטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:
- 4.7.1.1. הומיאופתיה
- 4.7.1.2. אוקופונטורה
- 4.7.1.3. כירופרקטיקה
- 4.7.1.4. אוסטיאופתיה
- 4.7.1.5. רפלקסולוגיה
- 4.7.1.6. שיאצו
- 4.7.1.7. ייעוץ דיאטטי
- 4.7.1.8. שיטת פלדנקרייז
- 4.7.1.9. ביו-פידבק
- 4.7.1.10. נטורופתיה
- 4.7.1.11. הרבולוגיה
- 4.7.1.12. שיטת פאולה
- 4.7.1.13. שיטת אלכסנדר
- 4.7.1.14. שיטות טיפול אחרות המוצעות ע"י מכוני הסדר ומוכרות ע"י תכנית השב"ן באותה קופות החולים.
- 4.7.2. תנאי לחבות המבטח**
- 4.7.2.1. קבלת השתתפות המבטח עבור שירותי רפואה משלימה מותנית בקבלת אישור מרופא המטפל על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.

- 4.7.2.2. תנאי לחבות המבטח כי המבוטח יצרף אישור חתום ע"י המטפל המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול, ועלות הטיפול.
- 4.7.3. חריגים
- 4.7.3.1. לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל.
- 4.7.3.2. 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.
- 4.7.3.3. לא יינתן שיפוי עבור ביצוע טיפול שאינו נמנה על רשימת הטיפולים המצוינת בסעיף קטן 4.13.1.
- 4.7.4. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.
- 4.8. טיפול לריפוי או הקלה בכאב
- 4.8.1. המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול או סדרת טיפולים להקלה או טיפול בכאב, עד לסך של 11,725 ₪ 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.
- 4.8.2. 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.
- 4.8.2.1. חריגים:
- 4.8.2.1.1. טיפולים מתחום הרפואה המשלימה. כמו כן על פי סעיף זה לא יינתן כיסוי עבור תוספות מזון ו/או ויטמינים.
- 4.8.2.1.2. טיפולים הקשורים או כתוצאה של הריון או לידה.
- 4.8.2.1.3. טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.
- 4.8.2.1.4. טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 4.8.2.1.5. 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;

4.8.2.1.6 טיפולים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ופרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

4.8.3 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבוטח.

4.9 טיפולים בתא לחץ

4.9.1 המבטח ישתתף בהוצאות עבור טיפולים בחמצן בעל לחץ במצב רפואיים שאין לגביהם הוראה קלינית לטיפול במסגרת סל הבריאות, עד ל-30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח, ועד 293 ש"ח לכל טיפול, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

4.9.2 חריגים:

4.9.2.1 טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.

4.9.2.2 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.

4.9.2.3 טיפולים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ז - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל. פרק ו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.

4.10 שרותי סיוע באשפוז (שלא לצורך ניתוח)

המבטח ישתתף בשיעור 80% בעלות שירותי אחות פרטית, שירותי שמירה וכח עזר בעת שהותו של המבוטח בבית"ח בישראל, שלא ע"י בן משפחה, עד 375 ש"ח לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר האשפוז, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

פרק יא': טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות

1. הגדרות

1.1. "טכנולוגיות רפואיות מתקדמות": פרוצדורות רפואיות, חומרים, שתלים, וכן שימוש באביזרים רפואיים, אביזרים מושתלים ומכשירים רפואיים לצורך ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, או טיפול בסימפטומים של כל אחד מאלה. מבלי לגרוע בכלליות האמור במסגרת טכנולוגיות מתקדמות יכללו בין השאר שימוש באמצעי הדמיה לצורך תכנון וביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, טיפול באמצעות גלי הלם או קרינה מכל סוג, חיצוני או פנימי, הזרקת חומר מטרש.

2. מקרה הביטוח:

טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות המבוצעים במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים המצוינים בכל סעיף, לפי העניין.

3. תגמולי הביטוח

3.1. המבטח יישא בעלות ששילם המבוטח לנותן השירות בפועל, ולא יותר מהשיעורים, והסכומים המרביים הנקובים (אם נקובים) לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

4. הכיסוי הביטוחי

4.1. טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות

4.1.1. המבטח יישא בעלויות הכרוכות בביצוע טיפול רפואי, ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לרבות הוצאות אשפוז, שכר מבצע הטיפול, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, אבחון, הוצאות שימוש במכשור רפואי, אביזרים מושתלים, בדיקות ואבחונים שבוצעו כחלק מהטיפול הניתוח או הטיפול המחליף הניתוח, וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול, ועד לסך של 100,000 ₪.

4.1.2. תנאי לחבות המבטח לפי סעיף זה

4.1.2.1. הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות אינו מכוסה מסיבה כלשהי על פי פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לרבות בשל זהות המרכז הרפואי או נותן השירות.

4.1.2.2. רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח המליץ על ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיה רפואית מתקדמת.

4.1.2.3. הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.

4.1.2.4. הטיפול הרפואי באמצעות טכנולוגיות מתקדמות יבוצע בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים ומכונים, בעלי רישיון ואישור תקף מהרשויות המוסמכות בישראל.

4.1.2.5. הטיפול מאושר לביצוע ע"י אחת מהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות (ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA)).

4.1.3. חריגים

המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.1.3.1. טיפול בטכנולוגיות מתקדמות שאינן נובע מצורך רפואי, ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:

4.1.3.1.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

4.1.3.1.2. ניתוח/טיפול בריאטרי מכל סוג שהוא למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

4.1.3.2. טיפול בטכנולוגיות מתקדמות הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;

4.1.3.3. השתלת איברים המכוסה על פי פרק ד'.

4.1.3.4. 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;

4.1.3.5. טיפולים מתחום הרפואה המשלימה/טיפול פיזיותרפיה.

4.1.3.6. טיפול תרופתי מכל סוג שהוא לרבות קנאביס /וויטמינים/ תוספי מזון.

4.1.3.7. טיפולים מתחום הריון/לידה/פוריות. להוציא ניתוח קיסרי הנדרש בשל צורך רפואי.

5. תקופת אכשרה

היא בת 60 ימים ממועד תחילת הביטוח. במקרה של כיסוי הקשור בהריון או בהתפתחות הילד עבור ילד מעל גיל 10, תהא תקופת אכשרה של 180 יום. במקרה של כיסוי לאביזרים רפואיים, תקופת האכשרה תהיה 90 ימים ממועד תחילת הביטוח. למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה.

פרטי התקשרות

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞

אבא הלל 3, בית הראל, 📍

ת"ד 10951, רמת גן 5252202



טלדיוור הראל

39331.7

הראל
ביטוח ופיננסים

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

אתר הראל:

www.harel-group.co.il 🖱️