

תוכן עניינים

2.....	גילוי נאות.....
15.....	תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה.....
30.....	פרק א': כיסוי להשתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל.....
34.....	פרק ב': כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.....
37.....	פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה.....
40.....	פרק ד': כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.....
43.....	פרק ה': כיסוי לשירותים רפואיים נוספים.....

גילוי נאות

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

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מון אקטיב ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מון אקטיב ובני משפחותיהם
סוג הביטוח	פרק א' - השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל פרק ה' - שירותים רפואיים נוספים
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.6.2022 ועד ליום 31.5.2027.
תיאור הביטוח	השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטים בפרק זה. כמו כן, ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל 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. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן. ביטוח לשירותים רפואיים נוספים השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון: חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, בדיקות מניעה, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.

תמצית פרטי הפוליסה	
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה) באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה - סעיף 9. פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סעיף 4. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 4. פרק ד': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 4. פרק ה': שירותים רפואיים נוספים - סעיף 22.5. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.	
פרק א': השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, סעיף 4.13 - פיצוי בסך 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל. סעיף 5: השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי לפני השתלה למועמד להשתלה בגובה 350,000 ₪ (למעט במקרה של השתלת מח עצם עצמית או קרנית) או פיצוי לאחר השתלה בסך 300,000 ₪ (למעט במקרה של השתלת מח עצם עצמית או קרנית). פרק ד': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 2.6 - פיצוי בסך 10,000 ₪ לכיסוי הוצאות בחו"ל במקרה של אשפוז לצורך ניתוח או טיפול העולה על 10 ימים. סעיף 2.8 - פיצוי בסך 200,000 ₪ בגין מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.	גובה הפיצוי הכספי שאקבל
בפרק ג' - תקופת אכשרה של 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים.	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
בפרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, תהא השתתפות עצמית של 200 ₪ למרשם לחודש ועד 400 ₪ לכל המרשמים יחד לחודש. עבור תרופות למחלות אונקולוגיות- לא תנוכה השתתפות עצמית. בפרק ד': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, תהא השתתפות עצמית של 20% במקרה של שיפוי לאחר ניתוח גדול- עבור טיפולים פיזיותרפיים, ריפוי בעיסוק ושיקום כושר הדיבור ועד תקרת ההחזר הנקובה בכל סעיף בפרק. בפרק ה': שירותים רפואיים נוספים, תהא השתתפות של 20% ועד תקרת ההחזר הנקובה בכל סעיף בפרק. עבור הפסקת הריון באמצעות גלולה - השתתפות עצמית של 50% ועד תקרת החזר כוללת בגובה 2,500 ₪. עבור ביקור רופא בבית המבוטח - השתתפות עצמית של 25 ₪ ועד תקרת החזר של 150 ₪.	השתתפות עצמית

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

תמצית פרטי הפוליסה		
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.		האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
דמי הביטוח החודשיים:		עלות הביטוח
סוג מבוטח/ת	עלות	אופן המימון והתשלום
עובד/ת	104.40 ₪	במימון המעסיק כולל גילום שווי מס
בן/ת זוג	104.40 ₪	
ילד עד גיל 18	31.20 ₪	
ילד/ה בין גיל 18-25	31.20 ₪	במימון העובד - אמצעי תשלום אישי
ילד/ה מעל גיל 25 שנה	104.40 ₪	במימון העובד - אמצעי תשלום אישי
*ילד/ה עד גיל 18 שנה - החל מהילד השלישי ואילך בכל בית אב- ללא עלות נוספת. (תעריפי הפרמיות לעיל צמודים למדד שפורסם ביום 15.5.2022)		
לאחר 36 חודשים תיתכן אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח, על פי תנאי הפוליסה.		שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
פרק א' - השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת מהאפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 4, 5.1 ו-5.2 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	השתלה לפי סעיף 1.1 בפרק. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד. סעיף 5.1 - פיצוי חד פעמי למועמד להשתלה בחו"ל והחברה לא תשתתף במימונה בתשלום לגורם כלשהו. סעיף 5.2 - פיצוי חד פעמי לפני ביצוע השתלה בחו"ל והחברה לא תשתתף במימונה בתשלום לגורם כלשהו.	סעיף 3.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.1 - עד לסך של 5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם. סכום ההחזר המרבי להשתלת איבר מבעלי חיים יהיה עד 2,500,000 ₪. סעיף 5.1 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ לפני ביצוע השתלה בחו"ל, למעט במקרה של השתלת מח עצם עצמית או קרנית. סעיף 5.2 - פיצוי חד פעמי בסך 300,000 ₪ לאחר ביצוע השתלה בחו"ל, למעט במקרה של השתלת מח עצם עצמית או קרנית.	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.3 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 3.3 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.3 - עד לסך של 1,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.	
גמלת החלמה	סעיף 4.12 - לאחר ביצוע השתלה. סעיף 4.14 - במקרה של מבוטח הזקוק להשתלה והמרותק למיטתו.	סעיף 4.12 - סכום חודשי של עד 6,000 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים, למעט השתלת קרנית. סעיף 4.14 - סכום חודשי של עד 3,500 ₪, לתקופה של עד 6 חודשים. מבוטח השווה באשפוז זכאי לסכום חודשי בגובה 50% מהסכום כאמור לעיל.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 3 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות OFF LABAL או התרופה נמצאת בתהליכי הגשה לרישום (לרבות נוהל IND) או התרופה ניתנת מכוח סעיף 29ג' לפקודת הרוקחים או תרופות יתום, או קאנביס רפואי, כהגדרתם פרק זה.	סכום הביטוח המרבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ₪, לכל מקרי הביטוח בתקופת הביטוח. עבור תרופה לפי סעיף 29 ג' הסכום המרבי הינו עד 1,000,000 ₪ במקרה של מחלת סרטן, לכל מקרי הביטוח למבוטח, לתקופת הביטוח. במידה ותוכח יעילות הטיפול בתרופה, הסכום יוגדל ל-3,000,000 ₪. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות על פי סעיף 3.5 במקרה שאיננו מחלת סרטן יהיה עד 500,000 ₪ לכל מקרי הביטוח למבוטח, בתקופת הביטוח. סכום השיפוי המרבי עבור קנאביס רפואי לפי סעיף 3.7 יהא עד 1,000 ₪ לחודש ועד תקרת החזר של 30,000 ₪ לכל מקרי הביטוח למבוטח, בתקופת ביטוח.	השתתפות עצמית למרשם תהא 200 ₪ לחודש ועד 400 ₪ לכל המרשמים יחד לחודש. עבור תרופות למחלות אונקולוגיות לא תנוכה השתתפות עצמית.
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.10 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.	עד לסך של 160 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 30 ימים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 1.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות.	סעיף 3.1 - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו.	

פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל	סעיף 2 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל ועוד.	סעיף 3 - במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח כולל קבלת אישור מראש ובכתב מאת החברה לביצוע הניתוח או הטיפול בחו"ל - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח וללא אישור מראש של המבטח, יינתן שיפוי עד עלות הניתוח בחו"ל, או עד 200% משווי הניתוח או הטיפול בארץ, ע"פ התעריף המרבי של חברת הביטוח, הגבוה בין שתי האפשרויות.
הוצאות שהייה	סעיף 2.3 בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 7 ימים ברציפות.	הוצאות שהייה - למבטח ומלווה אחד עד 800\$ ליום, לכל אחד מהם. במקרה של מבטח מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים ועד 1,200\$ ליום לכל אחד מהם.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 2.5 בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל.	עד 30,000\$.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

פרק ה' - שירותים רפואיים נוספים 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) ²	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה	סעיף 2 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה (לא כולל רופא נשים בנושא בדיקות תקופתיות, בדיקות שיגרה ומעקב הריון תקין, רופא משפחה ורופא ילדים במקרים של מחלות חום או מחלות ילדים שגרתיות).	כיסוי עד ל-1,000 ₪ להתייעצות ועד סה"כ 3 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.	אין	20% מההוצאה בפועל מבוטח שיבחר להשתמש ברופא הסכם להתייעצות תהא השתתפות של 150 ₪
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 3 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 7,500 ₪ לבדיקות אבחנתיות ועד 7,000 ₪ עבור בדיקות הדמיה, למבוטח לשנת ביטוח.	אין	20% מההוצאה בפועל
בדיקות הריון	סעיף 4 לפרק - החזר בגין בדיקות הריון, כגון סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר, בדיקת חלבון עוברי, בדיקת שקיפות עורפית ועוד כמפורט בפרק.	כיסוי עד 7,000 ₪ לכל הבדיקות להריון. במקרה של הריון רב עוברי התקרה תהא עד 9,000 ₪ לכל הבדיקות, להריון. עבור הפסקת הריון באמצעות גלולה, תינתן תקרת החזר נוספת של 2,500 ₪.	אין	20% מההוצאה בפועל עבור בדיקות הריון ו-50% עבור הפסקת הריון באמצעות גלולה

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

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
טיפולי פריין	סעיף 5 - החזר בגין טיפולים שמטרתם כניסה להריון ו/או הגדלת הסיכוי לכניסה להריון, כולל רכישת ביצית בחו"ל או רכישת זרע בארץ או בחו"ל.	עד 12,000 ₪ לסדרת טיפול ועד שלוש סדרות לתקופת ביטוח.	אין	אין
שירותי פונדקאות	סעיף 6 - החזר בגין שירותי פונדקאות.	עד 25,000 ₪ לסדרת טיפול ועד 2 סדרות לילד ועד שני ילדים לכל תקופת הביטוח.	אין	20% מההוצאה בפועל
טיפולים / פיזיותרפיים / הידרותרפיים / ריפוי בעיסוק	סעיף 7 - לפרק - החזר בגין טיפולים / פיזיותרפיים / הידרותרפיים / ריפוי בעיסוק	כיסוי עד 15 טיפולים בשנה (לשלושת סוגי הטיפולים יחד) ועד 150 ₪ לטיפול ובכל מקרה לא יותר מ-2,250 ₪ למבוטח לשנת ביטוח	אין	20% מההוצאה בפועל
טיפולי שיקום	סעיף 8 - החזר עבור טיפול שיקומי לרבות שיקום דיבור לאחר CVA (ו/או) ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים) בכפוף להנחיית רופא מומחה בתחום.	עד 260 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים למקרה ביטוח. התעמלות לשיקום - עד 150 ₪ לחודש למשך 9 חודשים בכפוף להנחיית קרדיולוג.	אין	20% מההוצאה בפועל
טיפולים אונקולוגיים	סעיף 9 - החזר עבור טיפולים אונקולוגיים, כולל כימותרפיה, הקרנות וכל טיפול שנקבע ע"י רופא מומחה בתחום.	עד 40,000 ₪ למבוטח לשנת ביטוח.	אין	20% מההוצאה בפועל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים	סעיף 10 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות בארץ או בחו"ל לצורך יישום רפואה מותאמת אישית במחלות ממאירות.	כיסוי עד 40,000 ₪ למבוטח לשנת ביטוח.	אין	20% מההוצאה בפועל
בדיקות גנטיות מניעיות	סעיף 11 - החזר עבור אבחון גנטי, חד פעמי, לגילוי גנים סרטיניים.	כיסוי עד 4,000 ₪ למבוטח לתקופת ביטוח.	אין	20% מההוצאה בפועל
חוות דעת רפואית שניה בחו"ל (לאחר חוות דעת ראשונה)	סעיף 12 לפרק - החזר בגין חוות דעת בחו"ל.	כיסוי עד 7,000 ₪ למקרה ביטוח. במידה והמבוטח נדרש לטוס לחו"ל לצורך קבלת חוות דעת, יהיה זכאי להחזר נוסף עבור הוצאות טיסה ושהייה - עד 5,000 ₪.	אין	אין
טיפול על ידי מקרופאגים	סעיף 13 - החזר בגין מקרופאגים בפצעים פתוחים כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת.	עד 10,000 ₪ למקרה ביטוח.	אין	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
טיפול בבעיות התפתחות ילדים ליקוי למידה	סעיף 14 לפרק - החזר בגין בעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו ע"י רופא מומחה להתפתחות הילד (ניירולוג ילדים, פסיכיאטר ילדים) או במוסד אבחון מוכר בתחום, אצל ילד מגיל 3 ועד גיל 18, המחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג.	עד 150 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים לשנת ביטוח.	אין	20% מההוצאה בפועל
אביזרים רפואיים	סעיף 15 לפרק - החזר בגין אביזר רפואי כמפורט בפרק בכפוף להפניה מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר לאביזרים כגון: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד, מכשיר CPAP או מכשיר BPAP, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, חבישות לחץ, סד גבס קל, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר בדוקציה לתינוקות ועוד.	כיסוי עד 1,000 ₪ לשנת ביטוח.	אין	20% מההוצאה בפועל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
ביקור רופא אצל המבוטח	סעיף 16 - החזר עבור שירותי ביקור רופא הניתן למבוטח ע"י אחת מחברות הנותנות שירות בתחום ביקורי הבית כמפורט בסעיף בפרק.	עד 150 ₪ לביקור.	אין	השתתפות עצמית של 25 ₪
אח/ות פרטי/ת	סעיף 17 - החזר עבור השכרת שירותי אח/ות פרטי/ת לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו.	עד 750 ₪ לכל יום ועד 14 ימים בשנה.	אין	20% מההוצאה בפועל
טיפולים בתא לחץ	סעיף 18 - החזר עבור טיפולים בתא לחץ.	עד 8,000 ₪ למקרה ביטוח.	אין	אין
הזרקות חומרי סיכון למפרקים	סעיף 19 - החזר עבור הזרקות חומרי סיכון למפרקים או עמוד שדרה.	עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח.	אין	אין
הזרקות תחת שיקוף	סעיף 20 - החזר עבור הזרקות תחת שיקוף.	עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח.	אין	אין
הזרקות לעיניים	סעיף 21 - החזר עבור הזרקות שמטרתן לטיפול במחלות רשתית.	עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח.	אין	אין
רפואה משלימה	סעיף 22 - החזר הוצאות בגין קבלת טיפולי רפואה משלימה, עפ"י הפניית רופא בכתב, כגון: אקופונקטורה, הומיאופתיה, ביו-פידבק, כירופרקטיקה, אוסטיאופתיה ועוד.	עד 160 ₪ לטיפול ועד 2,560 ₪ לשנת ביטוח.	אין	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.			

כל סכומי הביטוח לעיל צמודים למדד הפוליסה שפורסם ביום 15.05.2022.

מידע נוסף:

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

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

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה

1. מבוא:

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן, תשפה החברה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח למקרה ביטוח, בהתאם לאמור בפוליסה זו ובתנאיה.

2. הגדרות:

בפוליסה זו ובכל נספח המצורף אליה תהיה למונחים הבאים המשמעות שבצדם.

בפוליסה זו, מלבד אם נאמר במפורש אחרת, מילים הבאות ביחיד משמען גם רבים, ולהיפך. מילים הבאות בזכר משמען גם נקבה ולהיפך, והכול על-פי הקשר הדברים.

2.1. **"החברה"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.

2.2. **"בעל הפוליסה"** - מון אקטיב בע"מ.

בעל הפוליסה רשאי לצרף להסכם עובדי חברות בנות או חברות שתירכשנה על ידי בעל הפוליסה כל עוד ההסכם עם בעל הפוליסה בתוקף, עפ"י אותם הכללים שנחתמו עם בעל הפוליסה.

2.3. **"המבוטח"** -

2.3.1. עובד בעל הפוליסה (להלן: "עובד קיים") ששמו מופיע ברשימה שתועבר מידי חודש לחברה על-ידי בעל הפוליסה (במדיה מגנטית על פי דרישת החברה).

2.3.2. עובד שהחל לעבוד אצל בעל הפוליסה לאחר המועד הקובע, ששמו מופיע ברשימה שתועבר מידי חודש לחברה על-ידי בעל הפוליסה (במדיה מגנטית על פי דרישת החברה).

2.3.3. בן/בת זוג של עובד אצל בעל הפוליסה (עובד קיים/ עובד חדש) וילדיהם (להלן: "בני משפחה") ששמם מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מידי חודש לחברה על-ידי בעל הפוליסה (במדיה מגנטית על פי דרישת החברה). כבני/ות זוג יחשבו גם ידועה/ בציבור וגם בני זוג שאינם נשואים אך חולקים חיים משותפים וזאת על פי הצהרה שניתנה לבעל הפוליסה. לעניין זה יחשבו בני /בנות זוג גם זוגות בהם שני בני הזוג הינם מאותו מין.

2.3.4. עובד אצל בעל הפוליסה ו/או בן משפחתו שהיו מבוטחים על פי פוליסה זו והביטוח בגינם בוטל בהתאם לבקשתם וחידשו את צירופם לביטוח לאחר הביטול, בהתאם לאמור בסעיף 4.9 להלן (להלן: "מבוטח חוזר").

2.4. **"הפוליסה"** - חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה לבין החברה וכל נספח או תוספת המצורפים לו.

2.5. **"מקרה ביטוח"** - מקרה ביטוח כהגדרתו בכל פרק מפרקי הפוליסה.

2.6. **"בית חולים ציבורי"** - מוסד רפואי בישראל המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או ינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד, למעט אגף שיקום.

2.7. **"בית חולים פרטי"** - מוסד רפואי בישראל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ואינו בית חולים ציבורי, שבמסגרתו ניתן לקבל שירותי רפואה פרטיים (שר"פ/ שר"ן), ואשר אושר על ידי רשות מוסמכת כדיו, וכן מסלולי שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים, למעט אגף שיקום.

- למען הסר ספק ההגדרה לא תחול על פרקי הניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, במסלול מהשקל הראשון או משלים שב".
- 2.8. **"בית חולים שבהסכם"** - מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהמוסדות המוסמכים במקום בו הוא פועל, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על-פי הפוליסה ואשר לחברה הסכם התקשרות עמו.
- 2.9. **"אשפוז"** - שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה, לרבות אשפוז יום.
- 2.10. **"רופא מנתח"** - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח.
- 2.11. **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 2.12. **"מנתח/מרדים שבהסכם"** - מנתח/מרדים אשר הסכים לקבל ישירות מאת החברה שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח ו/או הרדמה שביצע במבוטח כשהוא מאושפז במסגרת בית חולים פרטי.
- 2.13. **"מנתח / מרדים אחר"** - מנתח/מרדים אשר תמורת ניתוח ו/או הרדמה במבוטח יחייב את המבוטח בתשלום ישירות ולא באמצעות החברה.
- 2.14. **"אח/אחות"** - אח או אחות בעלי תעודת הסמכה של רשות מוסמכת בישראל ו/או בחו"ל.
- 2.15. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות ומבלי לגרוע מכלליות האמור, קופת שהוכרו על ידי שר הבריאות והן: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 2.16. **"שירותי בריאות נוספים (שב")** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות שעל פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 2.17. **"ישראל"** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על-ידי ישראל.
- 2.18. **"חו"ל"** - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 2.19. **"סכום הביטוח"** - הסכום המרבי שהחברה מתחייבת לשלם בגין מקרה ביטוח אחד כמצוין בכל פרק ופרק בפוליסה זו.
- 2.20. **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 2.21. **"המדד היסודי"** - המדד שיפורסם ביום 15.05.2022
- 2.22. **"תאריך לידה"** - תאריך לידתו של המבוטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.
- 2.23. **"גיל"** - גיל המבוטח יחושב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו.
- 2.24. **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף הרשימה המהווה חלק מהסכם זה.
- 2.25. כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגרגוריאני.
- 2.26. **"הפרמיה"** - דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.
- 2.27. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה בהתאם לתנאי הפוליסה, תהיה רק לגבי תשלומים ששילם המבוטח מעבר להשתתפות העצמית המוגדרת בתנאי הפוליסה ועד לתקרות הנקובות בפוליסה.
- 2.28. **"תקרת כיסוי"** - הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה. למען הסר ספק, תקרת הכיסוי נקבעת אך ורק לאותו כיסוי או פרק בו צוינה.

- 2.29. **"דף הרשימה"** - דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין השאר את תאריך תחילת הביטוח, שיעור הפרמיה, המדד היסודי וכיו"ב.
- 2.30. **"תאריך תחילת הביטוח"** -
- עובדים קיימים** - הראשון לחודש בגינו דווחו לראשונה ע"י בעל הפוליסה.
- ביחס לעובדים אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות בעת הכניסה לביטוח:**
- תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה מועד כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף, בהתאם לסעיף 5.1.3 להלן.
- בני משפחה של עובדים קיימים** - הראשון לחודש בגינו דווחו לראשונה ע"י בעל הפוליסה.
- ביחס לבני משפחה אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות בעת הכניסה לביטוח:**
- תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה מועד כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף בהתאם לסעיף 5.1.3 להלן.
- עובדים חדשים** - הראשון לחודש בגינו דווח לראשונה ע"י בעל הפוליסה.
- ביחס לעובדים חדשים אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות בעת הכניסה לביטוח:**
- תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה מועד כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף בהתאם לסעיף 5.1.3 להלן.
- בני משפחה של עובדים חדשים** - הראשון לחודש בגינו דווחו לראשונה ע"י בעל הפוליסה.
- ביחס לבני משפחה אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות בעת הכניסה לביטוח:**
- תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה מועד כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף בהתאם לסעיף 5.1.3 להלן.
- 2.31. **"המועד הקובע"** - 1.06.2022
- 2.32. **"דולר"** - דולר ארה"ב לפי השער היציג אשר פורסם על-ידי בנק ישראל.
- 2.33. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
3. **מהות ומבנה הבטוח:**
- החברה תבטח את עובדי בעל הפוליסה ובני משפחתם בכיסוי ביטוחי בהתאם לתנאים המפורטים בהסכם זה וכמפורט בפוליסה, המצורפת להסכם זה כנספח א' והמהווה חלק בלתי נפרד ממנו והכוללת את הפרקים הבאים:
- פרק א' - כיסוי להשתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
- פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
- פרק ג' - כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה
- פרק ד' - כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
- פרק ה' - כיסוי לשירותים רפואיים נוספים
4. **אופן ההצטרפות לביטוח:**
- 4.1. **עובדים קיימים** - כל העובדים המועסקים אצל בעל הפוליסה במועד הקובע יצורפו לביטוח ע"י בעל הפוליסה ובמימונו המלא (כולל גילום מס) וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא חתימה על טופס הצטרפות.
- 4.2. **בן/בת זוג וילדים עד גיל 18 של עובד קיים** - בן/ות הזוג וילדים עד גיל 18 של העובדים המועסקים אצל בעל הפוליסה במועד הקובע, יצורפו לביטוח ע"י בעל

הפוליסה ובמימונו המלא (כולל גילום מס) וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא חתימה על טופס הצטרפות.

4.3. **עובדים חדשים** - עובדים חדשים המועסקים אצל בעל הפוליסה יצורפו לביטוח ע"י בעל הפוליסה ובמימונו המלא (כולל גילום מס) ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא חתימה על טופס הצטרפות ובתנאי כי צירופם לביטוח נעשה במהלך 90 ימים הראשונים ממועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה. עובדים אשר יבחרו שלא להצטרף לביטוח במהלך המועדים כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לאחר המועדים דלעיל בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

4.4. **בן/בת זוג וילדים עד גיל 18 של עובד חדש** - יצורפו לביטוח ע"י בעל הפוליסה ובמימונו המלא (כולל גילום מס) וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא חתימה על טופס הצטרפות ובתנאי כי צירופם לביטוח נעשה במהלך 90 ימים ראשונים ממועד תחילת עבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה. בני משפחה אשר יבחרו שלא להצטרף לביטוח במהלך המועדים כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לאחר המועדים דלעיל בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

4.5. **ילד שהצטרף ומלאו לו 18 בתוך תקופת הביטוח** - יישאר תחת ההסכם הקבוצתי אך התשלום בגינו יהיה באמצעי גבייה פרטי.

4.6. **ילד שהצטרף בתעריף ילד והפך לבוגר בתקופת הביטוח** - יישאר תחת ההסכם הקבוצתי והפרמיה בגינו תשתנה לפרמיית תעריף בוגר בביטוח. הודעה על שינוי הפרמיה תישלח למבוטח ע"י חברת הביטוח. התשלום בגינו יהיה באמצעי גבייה פרטי.

4.7. **בן/בת זוג חדשים של עובד קיים** - יצורפו לביטוח ע"י בעל הפוליסה ובמימונו המלא (כולל גילום מס) וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא חתימה על טופס הצטרפות ובתנאי כי צירופם לביטוח נעשה במהלך 90 ימים ממועד הנישואין. בן/בת זוג שביקש להצטרף לביטוח לאחר 90 יום מיום הנישואין יצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר שהחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

4.8. **ילדים חדשים של עובד קיים** - יצורפו לביטוח ע"י בעל הפוליסה ובמימונו המלא (כולל גילום מס) וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא חתימה על טופס הצטרפות ובתנאי כי צירופם לביטוח נעשה במהלך 90 ימים יום מיום לידתם/אימוצם. ילדים שנולדו/אומצו ונדרש צירופם לאחר 90 יום מיום לידתם/אימוצם, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

4.9. **ילד של עובד המבקש לצרף בן/בת זוג וילדיהם** - זכאים הוא ובני משפחתו להצטרף לביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובתנאי כי הצטרפותם לביטוח נעשתה במהלך 90 ימים ראשונים מהמועד הקובע או ממועד תחילת עבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה ובכפוף למילוי טופס הצטרפות והתשלום בגינם יהיה באמצעי גבייה פרטי. מי שיבחרו שלא להצטרף לביטוח במהלך המועדים כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לאחר המועדים דלעיל בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם. התשלום בגינם יהיה באמצעי גבייה פרטי. למען הסר ספק, התעריף בגין הילד של העובד ובן/ת זוגו יהיה תעריף בוגר ללא קשר לגילם בפועל.

4.10. **מבוטח חוזר** - מי שהיה מבוטח וביקש להיגרע מהביטוח ע"י מילוי טופס גריעה ומבקש לשוב ולהצטרף לביטוח, יצורף לביטוח בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

4.11. **אכשרה ומצב רפואי קיים** - מובהר בזה כי כל מי שהצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות, בהתאם לכללים המפורטים בסעיפים 4.1-4.9, לא יחול לגביו החריג למקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם המפורט בסעיף 4.9 לפרק ג ולא תחול לגביו תקופת האכשרה המפורטת בסעיף 5 לפרק ג.

מי שהצטרף לביטוח עם הצהרת בריאות, בהתאם לכללים המפורטים בסעיפים 4.1-4.9, יחול לגביו החריג למקרה ביטוח עקב מצב רפואי קודם המפורט בסעיף 4.9 לפרק ג אך לא תחול לגביו תקופת האכשרה המפורטת בסעיף 5 לפרק ג.

4.12. **צירוף מבטוח** - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי.

(א) מוטלת על המבטוח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד1(ג) לחוק עובדים זרים;

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.

(3) לא תצרף החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבטוח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבטוח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטוח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבטוח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבטוחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטוחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

(2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

(א) ניתוחים;

(ב) תרופות;

(ג) השתלות;

(ד) מחלות קשות;

(ה) שיניים;

(ו) תאונות אישיות;

5. תחילת הביטוח למבוטח שנדרש למלא הצהרת בריאות:

הפוליסה תכנס לתוקפה בכפוף לכל התנאים המצטברים הבאים:

5.1. מועמד לביטוח הנדרש למלא הצהרת בריאות על פי סעיף 4 לעיל:

5.1.1. הגיש לחברה בקשת הצטרפות כולל הצהרת בריאות, אשר מולאה ונחתמה על ידו.

5.1.2. החברה תיתן החלטתה בדבר תנאי הקבלה או הדחייה של המועמד לביטוח כאמור בתוך 14 ימי עסקים ממועד קבלת ההצעה וכל המסמכים הנדרשים לצורך קבלת החלטתה במשרדה.

5.1.3. הכיסוי הביטוחי על-פי הפוליסה ייכנס לתוקפו באחד מהמועדים המפורטים להלן, המאוחר מבניהם:

5.1.3.1. מועד קבלת ההצעה הכוללת הצהרת בריאות בחברת הביטוח.

5.1.3.2. המועד בו בוצע חיתום וקיבול על ידי המבוטח.

5.1.3.3. מועד ביצוע קיבול ואישור תנאי הקבלה לביטוח על-ידי המבוטח.

למרות האמור לעיל, מבוטח אשר יתקבל לביטוח בתנאים רגילים על סמך הצהרת בריאות שהגיש - מועד תחילת הביטוח לגביו יהיה מועד קבלת הצעת הביטוח, הכוללת את הצהרת הבריאות, אצל המבוטח.

6. תקופת ביטוח:

6.1. תקופת הביטוח ביחס לעובדי בעל הפוליסה ובני משפחתם:

תקופת הביטוח תהיה 60 חודשים החל מיום 1.06.2022 ועד 31.05.2027.

כעבור 36 חודשים מהמועד הקובע תהא רשאית החברה להתאים את גובה דמי הביטוח. במידה והצדדים לא יגיעו להסכמה לגבי גובה ההתאמה, תישמר לכל צד הזכות להודיע על סיום ההסכם בהודעה של 90 יום מראש. התאמת דמי הביטוח תיעשה ע"י חישוב הנתונים ב-33 חודשים שקדמו למועד הבדיקה כמפורט:

הפוליסה תחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 36 חודשים כל אחת, אלא אם כן הודיע אחד מהצדדים למשנהו בכתב על רצונו שלא לחדש את הפוליסה, 120 ימים לפני מועד תום תקופת הביטוח.

למען הסר ספק, בכל מקום בו נקבעו סכומי הביטוח בהסכם ל"תקופת הביטוח", תקופת הביטוח תהיה שלושים חודשים וסכומי הביטוח יחודשו בהתאמה כל שלושים חודשים.

6.2. על אף האמור בסעיף 6.1 לבעל הפוליסה הזכות להפסיק את ההסכם בהתראה של 90 ימים מראש מכל סיבה שהיא וזאת בכפוף להעברת המבוטחים הקיימים למבוטח אחר.

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

6.4. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 6.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה - סעיף 9(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.

7. תום הביטוח והפסקתו:

7.1. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח:

כל מבוטח רשאי לדרוש את הפסקת הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח. ואולם, מבוטח אשר היה מבוטח והביטוח שלו בוטל בהתאם לבקשתו וביקש להצטרף לביטוח לאחר הביטול, יצורף לביטוח בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות והחברה אישרה את הצטרפותו לביטוח על-פי הפוליסה.

7.2. ביטול הביטוח לגבי מבטוח מסוים - תקנה 8 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבטוח, והודיע המבטוח לחברה או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

7.3. חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבטוח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), 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 מבטוח 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 המבטוח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)(2); לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבטוח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטוח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

7.4. תום הביטוח עבור מבטוח יהיה לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

7.4.1. הודיע המבטוח לחברה בכתב על ביטול הפוליסה, תתבטל הפוליסה כעבור שלושה ימים מהיום בו נמסרה הודעת הביטול. מובהר בזאת כי ביטול הפוליסה על ידי מבטוח שהוא עובד בעל הפוליסה כמוה כהודעת ביטול ביחס לעובד ולכל בני המשפחה שבוטחו באמצעותו.

7.4.2. במקרה של עזיבת עובד בעל הפוליסה את עבודתו אצל בעל הפוליסה מכל סיבה שהיא לרבות פרישה לגמלאות - הביטוח של אותו עובד ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו סיים את עבודתו אצל בעל הפוליסה. בעל הפוליסה מתחייב להודיע בכתב לחברה בגין כל עובד שנגרע על ידו מרשימת המבטוחים. אין האמור גורע ממחויבות החברה להודיע למבטוח על ביטול הפוליסה.

7.4.3. במקרה של גירושין של עובד/ת בעל הפוליסה - הביטוח של בן/ת הזוג יסתיים אם העובד מילא וחתם על בקשה לגריעת בן/ת הזוג, וככל שהודעה כאמור התקבלה אצל החברה.

7.4.4. במקרה של פטירה (ח"ח) של עובד/ת בעל הפוליסה - הביטוח של בני המשפחה (בן/ת הזוג והילדים) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.

8. אפשרות להמשך ביטוח:

8.1. עובד שהפסיק עבודתו אצל בעל הפוליסה או יצא לגמלאות, יוכלו הוא ו/או בני משפחתו, אשר היו מבטוחים במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת העבודה או היציאה לגמלאות, להצטרף לביטוח פרטי של החברה על-פי בחירתם (להלן: "הביטוח הפרטי"), ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרת בריאות, ברצף ביטוחי ובריאותי ביחס לכיסויים והסכומים החופפים בלבד בין פוליסה זו לפוליסה לביטוח הפרטי, כפי שישווה על ידי החברה במועד המעבר ותאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חישוב תקופת האכשרה ייחשב תאריך הכניסה לפוליסה הקבוצתית בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים חופפים. הכיסוי הביטוחי יינתן בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה הוראותיה וסייגיה ותנאי הכיסוי הביטוחי עפ"י הפוליסה הקבוצתית יבוטלו לכל דבר ועניין, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד

הודעת החברה על זכאותו ובתנאי שהמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

דמי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבטח, על פי גיל המבוטח באותה עת בפוליסת בריאות. על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 20% לתקופה של שלוש שנים.

8.2 בן/בת זוג של עובד בעל הפוליסה, המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין, במקרה בו העובד יגרע את בן/ת הזוג, או פטירה של העובד (חו"ח), יהיה זכאי להמשיך את הביטוח במסגרת ביטוח פרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר, בתנאי שהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח ובכפוף לתנאים הנקובים בסעיף 8.3 להלן, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו לפי העניין והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

דמי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבטח, על פי גיל המבוטח באותה עת בפוליסת בריאות. על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 20% לתקופה של שלוש שנים.

ילד/ה של עובד בעל הפוליסה המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין, במקרה בו העובד יגרע את הילד/ה, או פטירה של העובד (חו"ח), יהיה זכאי להמשיך את הביטוח, בתנאי שהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, במסגרת ביטוח פרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר ובכפוף לתנאים הנקובים בסעיף 8.3 להלן, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

דמי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבטח, על פי גיל המבוטח באותה עת בפוליסת בריאות. על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 20% לתקופה של שלוש שנים.

8.3 במקרה ומכל סיבה שהיא לא יוארך הסכם הביטוח והפוליסה לא תחודש בחברה או בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים או חלק מהמבוטחים, יהיו רשאים המבוטחים או חלק מהמבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם ואשר היו מבוטחים במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, להצטרף לביטוח פרטי של החברה על-פי בחירתם (להלן: "הביטוח הפרטי"), ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרת בריאות, ברצף ביטוחי ובריאותי ביחס לכיסויים והסכומים החופפים בלבד בין פוליסה זו לפוליסה לביטוח הפרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר ותאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חישוב תקופת האכשרה ייחשב תאריך הכניסה לפוליסה הקבוצתית בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים חופפים. הכיסוי הביטוחי יינתן בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה הוראותיה וסייגיה ותנאי הכיסוי הביטוחי עפ"י הפוליסה הקבוצתית יבוטלו לכל דבר ועניין, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו ובתנאי שהמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

המעבר לפוליסת ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת ההמשך, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.

דמי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבטח, על פי גיל המבוטח באותה עת בפוליסת בריאות. על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 20% לתקופה של שלוש שנים.

ביחס לכיסוי השתלות ותרופות יקוזזו מסכום הביטוח בביטוח הפרטי, תגמולי ביטוח ששולמו על-פי פוליסה זו. במסגרת המעבר לפוליסה פרטית המבוטח יהיה רשאי לרכוש תגמולי ביטוח מופחתים.

ייתכן כי המעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

9. סייגים כלליים לאחריות החברה שיחולו על כל פרקי הפוליסה:

החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל. בכל מקרה בו לא הוחרג מצב בריאותי קודם בפוליסה, חברת הביטוח לא רשאית להתייחס למצב בריאותי קודם ו/או לדחות תביעת ביטוח בגינו.

החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:

9.1. מקרה הביטוח ארע טרם תקופת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.

9.2. אלכוהוליזם או שימוש בסמים בהם למעט שימוש בסמים רפואיים בהוראת רופא.

9.3. חשיפה כלשהי לזיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.

9.4. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר או שירות מילואים או צבא קבע, פעולה בלתי חוקית בה השתתף המבוטח מרצון.

סעיף זה לא יחול במקרה של פעולה בלתי חוקית הנוגעת לתאונת דרכים.

9.5. טיפולים ניסיוניים, אלא אם 2 רופאים בדרגת מנהל מחלקות, המומחים בתחום קבעו ע"פ קריטריונים רפואיים מקובלים שהטיפול אינו ניסיוני ולמעט טיפולים או ניתוחים שלא הוגדרו כניסיוניים ע"י וועדת הלסינקי.

10. תשלום תגמולי ביטוח:

10.1. החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי אשר סיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו.

במקרה של תשלום תגמולי ביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות שיומאצו לחברה ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות או העתקן. במקרה של הגשת תביעה לשב"ן, ימציא המבוטח אישור החזר מהשב"ן והעתק קבלות והחברה תשפה את המבוטח עד לתקרות החזר הנקובות בפוליסה זו. למען הסר ספק סך התשלום למבוטח מהשב"ן וחברת הביטוח לא יעלה על גובה ההוצאות שהוציא המבוטח בפועל.

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו לקבל שירות רפואי כמפורט בפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

10.2. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים אשר ניתנים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע חוץ ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

במקרים של השתלות בחו"ל ו/או ניתוחים בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל שלא במימון ישיר של חברת הביטוח, חברת הביטוח תאפשר למבוטח לקבל מקדמות כספיות שיועברו למבוטח בסמוך למועד ההליך הרפואי ובתנאי כי תביעתו של המבוטח אושרה על ידי חברת הביטוח.

10.3. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים חדשים על פי השער להעברות והמחאות (הגבוה) של המטבע הזר הרלוונטי בבנק דיסקונט לישראל בע"מ ביום ביצוע התשלום.

10.4. נפטר מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח, אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו, בגין שירות שניתן לו בפועל לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח לפי העניין.

10.5. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי הביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק, לפי העניין.

10.6. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב:

10.6.1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

10.6.2. בכיסויים לפיהם משולמים תגמולי הביטוח 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.

10.6.3. הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה. החברה תהיה זכאית להתנות את תשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בהמחאת זכויות המבוטח כלפי הצד השלישי. זכות זאת של החברה לא תפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל מהחברה לפי פוליסה זו.

קיבל או זכאי לקבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי, שהיה מגיע לחברה לפי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה ו/או יחס של מעביד ועובד שבניהם.

10.7. בכפוף לכל דין לרבות תקופת ההתיישנות, המבטח מתחייב לכסות תביעות המכוסות על פי הסכם זה ואשר מקרה הביטוח לגביהן ארע בתוך תקופת הביטוח. המועד הקובע לצורך מניין ההתיישנות יהיה מועד קרות מקרה הביטוח גם אם התביעה אושרה לאחר תום תקופת הביטוח.

11. תביעות:

11.1. בהיוודע למבוטח על הצורך במקרה הביטוח, יודיע על כך המבוטח לחברה ויקבל את אישור החברה מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים לא יאוחר מ-7 ימי עבודה מיום קבלת המסמכים הנדרשים לחברה לאישור התביעה, או לא יאוחר מ-3 ימי עבודה במקרה חירום. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו. אם בוצע טיפול רפואי ללא אישור החברה מראש, ידון המבטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה, אם היא עומדת בהוראות ההסכם והוגשו לחברה כל המסמכים כנדרש על ידה. תביעות יטופלו עד 7 ימי עבודה.

11.2. המבוטח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לרבות אבחנת הרופא המטפל ואת כל המסמכים הרפואיים הדרושים לחברה לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות ו/או גוף אחר, למסור לחברה כל מידע רפואי או ידיעה הנוגעים למבוטח הנמצא ברשותו.

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

11.3. החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותה המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, הכול כפי שהחברה תמצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבוטח. זכותה של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.

11.4. בדיקה רפואית - אם יידרש לכך על ידי החברה, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט או מסמך רפואי שיידרש. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט.

11.5. מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י החברה, לדיון מחודש בדחייה. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ-15 ימי עבודה מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה יהא באחריות החברה ו/או הסוכן. המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר לחברה ו/או לסוכן וכל מסמך אחר שיידרש לצורך הדיון. החברה תגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי החברה והסוכן. המבוטח יחתום על מסמך הסרת חיסיון רפואי לטובת נציגי בעל הפוליסה. החלטת הרוב בוועדה תחייב את החברה. במקרה הצורך, ימנו חברי הוועדה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. עלויות המומחה יחולו על החברה. למען הסר ספק, אין בהחלטת וועדת הערר למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיזוי תביעתו, על פי כל דין.

11.6. החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת שכר מנתחים, רשימת רופאים מומחים ומנתחים ברשימה. רשימת הרופאים תהיה הרשימה, אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות אצל החברה.

11.7. חברת הביטוח לא תחייב את המבוטח לקבל שירותים מנותני שירות ספציפיים ולמבוטח שיקול דעת בלעדי בבחירת: בית חולים, מעבדה, רופא, אח/אחות והכל בכפוף להוראות ולסייגים המפורטים בכל אחד מפרקי ההסכם. מוסכם כי בכל מקרה בו יבחר מבוטח לקבל שירות רפואי או אחר המפורט בהסכם באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם חברת הביטוח, יהא המבוטח זכאי לשיפוי כספי עד גובה שכר נותן השירות היקר ביותר מבין נותני השירות שבהסכם עם חברת הביטוח לשירות הרלוונטי.

12. סכום הביטוח:

12.1. הסכום המרבי שהחברה תשלם כתגמולי ביטוח בגין כל פרק לא יעלה על הסכום הנקוב באותו פרק.

12.2. סכומי הביטוח הנקובים בדולרים יומרו למטבעות אחרים לרבות לש"ח על פי הכללים הנקובים בסעיף 10.3 "תשלום תגמולי הביטוח" לעיל.

12.3. תקרת תגמולי הביטוח הנקובים בש"ח בפוליסה זו יישאו הפרשי הצמדה למדד, מהמדד היסודי ועד למדד שיהיה ידוע במועד ביצוע תשלום תגמולי הביטוח.

13. הפרמיה ודרך תשלומה:

- 13.1. הפרמיה החודשית עבור כל מבוטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין החברה, בכפוף לאמור בדף הרשימה המצורף לפוליסה זו. הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד הבסיסי ועד למדד ההתאמה, הוא המדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.
- 13.2. תשלום הפרמיות יבוצע במרוכז על ידי בעל הפוליסה לחברה עבור כל המבוטחים עד ל-20 לכל חודש בגין החודש הקודם. בעל הפוליסה יישא בעלות הפרמיה בגין העובדים, בני/ות זוג וילדיהם עד גיל 18 לרבות גילום שווי המס.
- 13.3. בתום כל חודש של תקופת הביטוח תבוצע התאמה כספית בגין תשלום פרמיות נוספות שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה עבור מבוטחים נוספים המצטרפים במהלך אותו חודש, תוך התחשבות במבוטחים אשר הביטוח חדל לחול ביחס אליהם במהלך אותו חודש.
- 13.4. לא שולמו דמי הביטוח במועדם ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.
- למרות האמור לעיל, ובאם הסכימה החברה בכתב לאיחור בתשלום, לא יחול האמור לעיל.
- 13.5. בעל הפוליסה לא יהיה זכאי לקזז זכות כלשהי, אשר לטענתו מגיעה לו או למי מהמבוטחים מהחברה כנגד החיוב לשלם פרמיה על פי פוליסה זו, וכן לא יהיה רשאי לעכב, את תשלום הפרמיה החודשית מסיבה כלשהי.
- 13.6. אופן התשלום השוטף של הפרמיה החודשית יהיה באמצעות העברה בנקאית, ואולם אם מסיבה כלשהי לא שולמה הפרמיה החודשית, אין הדבר פוטר את בעל הפוליסה מהחיוב לשלמה והוא יחשב כמי שלא פרע את הפרמיה החודשית במקרה זה.
- 13.7. אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחויבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, תודיע החברה על כך לבעל הפוליסה והוא יהיה חייב לשלם את דמי הביטוח כפי שישונו.
- 13.8. שולמה פרמיה חלקית בלבד בגין מבוטח, המבטח יראה בו כמבוטח החל ממועד זכאותו להצטרף לביטוח בתנאי שצורך לביטוח בהתאם להוראות סעיף 4 לעיל ובתנאי שהמבוטח ו/או בעל הפוליסה יתחייבו להעביר את הפרמיה החסרה.
- 13.9. לא שולמה פרמיה בגין מבוטח עקב טעות, חברת הביטוח תראה בו מבוטח החל ממועד זכאותו להצטרף לביטוח /ממועד הפסקת העברת הפרמיות, בתנאי שניתנה הצהרה בכתב של בעל הפוליסה בדבר הטעות. המבוטח ו/או בעל הפוליסה יהיה חייב בתשלום פרמיה בגין התקופה כאמור לעיל. טעות לעניין סעיף זה תחשב כל סיבה, למעט מצב בו העובד העביר טופס גריעה או ביטול השתתפות בביטוח בחתימתו.
- 13.10. **הוראות לעניין דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**
- מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים, חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מבניהם, 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; לענין זה, "העלאת דמי ביטוח" –
- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח והעלאת בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
 - (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
 - (3) למעט העלאת בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאת בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו 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.

14. התיישנות:

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

15. חובת גילוי:

במידה והמבוטח מסר לחברה עובדות כוזבות, או שהמבוטח העלים מהחברה עובדות בנוגע למקרה הביטוח או בנוגע לחבות החברה, תנהג החברה על-פי הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

16. חקיקה:

על פוליסה זו יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

17. עדכון הפוליסה:

במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבוטח. בעל הפוליסה יהא רשאי גם לערוך בחינה מחודשת של היקף ההגדרות והכיסויים הכלולים בהסכם זה ו/או בפוליסה ולדרוש לעדכןם ו/או להרחיבם.

במידה ובעל הפוליסה החליט לדרוש יישומו של חוזר ו/או לשנות ו/או לעדכן את תנאי ההסכם ו/או הפוליסה כאמור לעיל, הדבר יבוצע בהסכמה עם החברה, שהא רשאית להעביר לבעל הפוליסה דרישה לעדכון הפרמיה. הצדדים ינהלו מו"מ בתום לב בניסיון להגיע להסכמות לגבי עדכון הפרמיה, בתוך פרק זמן של 90 יום. במידה והצדדים לא הגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בהודעה מראש בכתב של 90 יום לחברה ובכפוף להעברת המבוטחים הקיימים למבטח אחר. מובהר שבעל הפוליסה והחברה רשאים, להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח בהסכמה.

18. מתן מסמכים והודעות לבעל הפוליסה ולמבוטח:

- 18.1. החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- 18.2. חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה

ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין -

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

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

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

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

18.4. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין החברה ובין בעל הפוליסה המבוטח, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

18.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב) לתקנות הנ"ל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2(2) לתקנות הנ"ל; 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 חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

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

18.7. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי ימסור המבטח לכל 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.

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

19. סודיות:

החברה מתחייבת לשמור על סודיות בנוגע למידע של בעל הפוליסה לרבות: רשימות ופרטי עובדים ו/או בני משפחתם, פרטי ההסכם הנוכחי ו/או כל מידע סודי אחר ולא לעשות בו כל שימוש למעט לצורך קיום התחייבויותיה על פי הסכם זה. החברה מתחייבת לא להעביר מידע של בעל הפוליסה לכל גורם אחר למעט במקרים בהם זה נדרש לצורך ביצוע התחייבויותיה על פי הסכם זה. החברה מתחייבת לקיים ולשמור לגבי המידע של בעל הפוליסה את כל הוראות הדין לרבות חוק הגנת פרטיות התשמ"א-1981, התקנות שחוקקו מכוחו והנחיות שפורסמו על ידי הרשות למשפט טכנולוגיה ומידע, ככל שחלות על השירותים הניתנים בהסכם זה ועל המידע הסודי כאמור לעיל.

20. הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי:

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת ועלולות להגביל ו/או למנוע ממבוטח הנמצא בשרות צבאי, קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבאית. לכן יתכן ותהיה השפעה על היכולת של המבוטח לממש זכויותיו במסגרת הסכם זה.

21. סמכות השיפוט:

סמכות השיפוט הבלעדית בכל הקשור לפרשנות ו/או סכסוך ו/או מחלוקת בין המבוטח לחברת הביטוח הקשורים או הנובעים מהסכם זה, תהא לבתי המשפט בישראל. סמכות שיפוט מקומית תהא לכל בית משפט בישראל בהתאם לבחירת בעל הפוליסה או המבוטח בהתאם לעניין.

22. כתובות הצדדים:

כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הן:

בעל הפוליסה: מון אקטיב בע"מ, מקווה ישראל 7 ת.ד. 627 תל-אביב.

החברה: הראל חברה לביטוח בע"מ, רחוב אבא הלל 3 רמת-גן.

כל הודעה שתשלח בדואר רשום לפי הכתובות הרשומות לעיל, תחשב כהודעה שהתקבלה על-ידי הנמען תוך 72 שעות מעת המסר המכתב הכולל את ההודעה בדואר ולשם הוכחת המסירה די להוכיח כי המכתב הופקד בדואר.

פרק א': כיסוי להשתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1. **"השתלה"** - כריתה כירורגית והוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, מעי, שחלות, רחם, קרנית וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם עצמית או השתלת תאי גזע מדם היקפי ותאי גזע מדם טבורי עצמי או מתורם אחר. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל או בארה"ב או באירופה. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.2. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם בלבד, או אונת כבד או אונת ריאה אשר נלקחו מבעל חיים במקומם או שגודלו או פותחו או הודפסו באמצעים טכנולוגיים אחרים בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי.

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

1.3. **"טיפול רפואי מיוחד בחו"ל"** - ניתוח או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו לפחות אחד מהתנאים שבסעיפים 1.3.1-1.3.6 להלן וזאת ע"פ קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מטעם המבוטח:

- 1.3.1. הטיפול לא ניתן לביצוע בישראל.
- 1.3.2. זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע ניתוח ו/או טיפול מיוחד, וכתוצאה מההמתנה עלולה להיגרם החמרה עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים במצב המבוטח ו/או נגרם סיכון לחיי המבוטח.
- 1.3.3. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים מסיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בישראל.
- 1.3.4. הניסיון בביצוע של הטיפול המיוחד גדול באופן משמעותי מהניסיון בביצוע הטיפול בישראל.
- 1.3.5. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח ו/או טיפול מיוחד למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75% או למניעת אובדן מוחלט של חוש הראייה (בעין אחת או שתיים) ו/או חוש השמיעה (באוזן אחת או שתיים).
- 1.3.6. הטיפול נועד להציל חיים.

2. מקרה הביטוח:

2.1. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב טיפול מיוחד בחו"ל או ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל. למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר אשר ארע תוך פרק זמן של עד 3 חודשים מהטיפול הראשון ואשר נדרש בעקבותיו, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

2.2. השתלה תכוסה על-פי תנאי פוליסה זו ובלבד שרופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי, מטעם המבוטח, קבע את הצורך בביצוע ההשתלה.

למען הסר ספק יובהר, כי בטרם מתן שיפוי למימון ביצוע השתלה על פי פוליסה זו יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:
א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
ב. מתקיימות הוראות החוק לענין איסור סחר באיברים.

3. סכום הביטוח:

- 3.1. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה להשתלה/השתלות - ללא תקרה במרכזים רפואיים שבהסכם עם החברה או אם נעשתה בתיאום עם החברה ועד תקרה של 5,000,000 ₪ במרכזים רפואיים שאינם בהסכם עם החברה או אם נעשתה ללא תיאום עם החברה, למקרה ביטוח ו/או לתקופת הביטוח.
- 3.2. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה להשתלת איבר מבעלי חיים יהיה עד לתקרה של 2,500,000 ₪.
- 3.3. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה לטיפול מיוחד בחו"ל - ללא תקרה במרכזים רפואיים שבהסכם עם החברה ועד תקרה של 1,000,000 ₪ במרכזים רפואיים שאינם בהסכם עם החברה, למקרה ביטוח ו/או לתקופת הביטוח.

4. תגמולי הביטוח:

החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לשלם תגמולי ביטוח ו/או כל חלק מהם בהתאם לאמור בפרק זה (להלן: "**ההוצאות המוכרות**") ועד תקרת סכום הביטוח, ישירות לנותני השירותים הרפואיים או למבטח עצמו.

תגמולי הביטוח לפי פרק זה ישולמו בגין ההוצאות המוכרות המפורטות להלן:

- 4.1. הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבטח במסגרת האשפוז, שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.
- במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל תשלם החברה הוצאות אלה, אך ורק אם לא ניתן היה לבצע את הפעולות ו/או הטיפולים הרפואיים טרם הנסיעה לחו"ל, ובית החולים ביקש את הבדיקות לפני יציאת המבטח לחו"ל. במקרה והקופה לא אישרה את הבדיקות לפני יציאת המבטח לחו"ל או אישרה אותם בלוח זמנים שאינו סביר, יפנה המבטח לחברת הביטוח והוצאותיו יכוסו ע"י המבטח בארץ.
- 4.2. כיסוי להוצאות רפואיות שלא בעת אשפוז, לפני או במהלך או אחרי ההשתלה או הטיפול המיוחד, בתיאום ובאישור חברת הביטוח.
- 4.3. הוצאות אשפוז בחו"ל לפני ביצוע ההשתלה, או הטיפול המיוחד בחו"ל ולאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 4.4. הוצאות טיפולי המשך בארץ או בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד וזאת על פי קביעת הרופא שביצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד או על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבטח.
- 4.5. הוצאות נסיעה לחו"ל עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב בטיסה מסחרית רגילה, לרבות היטל נסיעה אם יחול, למבטח ולמלווה אחד. במקרה שהמבטח הינו ילד, יכוסו הוצאות הטיסה כמפורט לעיל עבור שני מלווים.
- 4.6. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית סבירה מבית החולים בארץ לשדה התעופה ומשדה התעופה לבית החולים בחו"ל ובחזרה, אם היה המבטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגילה להשתלה, או לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.

- 4.7. הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. במקרה שהמבוטח הינו ילד, יכוסו הוצאות שהייה לילד ולשני מלווים.
- 4.8. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.
- 4.9. הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע השתלה, או טיפול מיוחד בישראל כתחליף להשתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל - במקרים מיוחדים בהם יוחלט על הבאת מומחה רפואי מחו"ל בהסכמה בין המבוטח לבין חברת הביטוח.
- 4.10. תשלום עבור שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה, הוצאות רפואיות בגין קציר איברים הנעשות עפ"י אמות מידה רפואיות ואתיות מקובלות, הוצאות לאיתור תורם האיבר, בדיקות הערכה תפקודית.
- 4.11. תשלום לרופאים ומוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני או עד שנה אחרי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, לרבות טיסות למבוטח ולמלווה והוצאות שהייה סבירות למבוטח ולמלווה במקרה בו המבוטח נדרש לטוס לחו"ל לצורך הערכה רפואית לפני או עד שנה אחרי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 4.12. המבוטח יהיה זכאי לגמלת החלמה חודשית של 6,000 ₪ לתקופה של 24 חודשים במקרה של השתלה (למעט השתלת קרנית) במסגרת קופת חולים או באמצעות ביטוח זה או במסלול פיצוי חד פעמי. נפטר המבוטח טרום קבלת 24 גמלאות, תשולם יתרת הגמלאות ליורשיו.
- 4.13. ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,000 ₪ בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 4.14. מבוטח אשר נזקק להשתלה ובשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו, יהיה זכאי לקצבה חודשית בסך של 3,500 ₪ וזאת לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר משישה חודשים. מבוטח כאמור אשר שוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל בגין התקופה בה היה מאושפז.
- 4.15. מיסים, היטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום ביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל, יהיו חלק מתגמולי הביטוח.

5. מסלול פיצוי חד פעמי:

- 5.1. **פיצוי טרום השתלה**
פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ למי שמועמד להשתלת איבר (למעט במקרה של השתלת מח עצם עצמית או קרנית) בעת המצאת אישור של רופא מומחה בתחום כי המבוטח מועמד להשתלה. מובהר כי הפיצוי ישולם ללא כל קשר או תלות לביצוע ההשתלה בפועל.
מובהר בזאת, כי מבוטח אשר בחר לקבל פיצוי בהתאם לסעיף זה, לא יהיה זכאי לפיצוי כלשהו ו/או לשיפוי כלשהו בגין הוצאות הקשורות להשתלה כאמור בפרק זה, למעט פיצוי עפ"י סעיף 4.12 לעיל.
- 5.2. **פיצוי לאחר השתלה**
פיצוי חד פעמי בסך 300,000 ₪ למי שעבר השתלת איבר (למעט במקרה של השתלת מח עצם עצמית או קרנית) לאחר חתם על תצהיר לפיו עבר את ההשתלה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים והמציא לחברת הביטוח את כל האישורים הנדרשים בכפוף לחוזר ביטוח ינואר 2009, ולא תבע או יתבע את חברת הביטוח בגין השתלה זו.
מובהר בזאת, כי מבוטח אשר בחר לקבל פיצוי בהתאם לסעיף זה, לא יהיה זכאי לפיצוי כלשהו ו/או לשיפוי כלשהו בגין הוצאות הקשורות להשתלה כאמור בפרק זה, למעט פיצוי עפ"י סעיף 4.12 לעיל.

6. תשלום תגמולי הביטוח:

בהיוודע למבוטח על הצורך במקרה הביטוח יודיע על כך המבוטח לחברה ויקבל את אישור החברה מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים.

לאחר קבלת אישור החברה לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל על פי פרק זה תפעל החברה כמפורט:

- 6.1. תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 6.2. החברה תהיה רשאית, לפי שיקול דעתה הבלעדי לשלם את ההוצאות המוכרות לפי פרק זה ישירות לגורמים להם יש לשלם הוצאות אלה או לשלם למבוטח עצמו.
- 6.3. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל, יבוצע התשלום אך ורק כנגד חשבונות שיומצאו למבוטח ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת חשבוניות וקבלות מקוריות או העתקן. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ. סעיף זה לא יחול במקרה של תשלום תגמולי ביטוח עפ"י סעיף 5 לעיל.
- 6.4. המרת המטבע במקרה של הוצאות מוכרות תיעשה לפי שער המכירה של מטבע החוץ הרלבנטי ביום התשלום (העברות והמחאות) שיהיה נהוג בבנק דיסקונט, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול על תשלום שכזה.
- 6.5. במסגרת ההוצאות ובמידת הצורך, תשולם למבוטח מקדמה כספית לשם ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. מקדמה זו תשולם למבוטח כנגד ערבות, או התחייבות אחרת כמקובל אצל החברה.
- 6.6. יצא המבוטח לחו"ל להשתלה ו/או לטיפול המיוחד ומכל סיבה שהיא (רפואית או אחרת) לא בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בעת שהותו בחו"ל, החברה תישא בהוצאות כמפורט בסעיף 4. כיסוי ההוצאות לא יפגע בזכות המבוטח לכיסוי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל עד לתקרות המפורטות בפרק זה, בניכוי הסכומים שכבר שולמו.
- 6.7. למען הסר ספק מובהר בזאת כי לא תחול על החברה כל אחריות בגין הוצאה כל שהיא שאינה מאלה המפורטות בסעיף 4 לעיל, והוצאות אלה יחולו על המבוטח לבדו.

פרק ב': כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

- 1.1 **"תרופה"** - חומר כימי או ביולוגי אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.2 **"טיפול"** - נטילת תרופה בישראל בצורה חד פעמית או מתמשכת.
- ההגדרה שלעיל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח-18-1-2015 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות"
- 1.3 **"מרשם"** - מסמך רפואי חתום על-ידי רופא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש.
- למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.
- 1.4 **"סכום שיפוי מרבי"** - גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה בגין תרופה ו/או תרופות במהלך תקופת הביטוח.
- 1.5 **"חוק ביטוח בריאות ממלכתי"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.6 **"סל הבריאות הממלכתי"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על-ידי קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה למבוטחיה.
- 1.7 **"רופא מומחה"** - רופא אשר הוכר כמומחה על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.8 **"בית מרקחת"** - מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב, להלן: "נותן השירות".

2. מקרה הביטוח:

הצורך במתן התרופה בגין מצבו הרפואי של המבוטח או הזדקקותו של המבוטח לתרופה.

3. הכיסוי:

החברה תספק למבוטח את התרופה כהגדרתה בסעיפים 3.1-3.6 או תשלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים כמפורט להלן:

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

במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שווייץ או נורבגיה, איסלנד או יפן. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

3.3. **התרופה מוגדרת כ-OFF LABEL** - כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה-FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug information

3. US Pharmacopoeia Drug Information

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

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

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

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

5. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים: NCCN, ASCO, NICE, ESMO Minimal Recommendation

3.4. **התרופה נמצאת בתהליכי הגשה לרישום (לרבות נוהל IND)** או תרופה שהוגשה לרישום לרשויות המוסמכות לאישור בגין מחלתו של המבוטח.

3.5. **התרופה ניתנת מכוח סעיף 29/ג לפקודת הרוקחים** (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לתרופות הנדרשות לטיפול במחלה.

3.6. **התרופה למחלה יתומה** -

תרופה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") של חולים המשתייכים לאחת מארבע הקבוצות הבאות:

א. חולים במחלה יתומה שמספרם פחות מ-200,000 בני אדם בארצות הברית.

ב. חולים במחלה יתומה שמספרם עולה על 200,000 בני אדם בארצות הברית אך אין ציפייה סבירה שעלות פיתוח התרופה תכוסה על ידי מכירות התרופה בארצות הברית לבדה.

ג. חולים במחלה יתומה שמספרם לא יותר מ-5 מתוך כל 10,000 באיחוד האירופאי

ד. חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפוח לה תרופה ללא תמריצים באיחוד האירופאי.

קביעת התרופה כתרופה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת תרופה מסוג זה ותתבסס על קביעת ה-FDA האמריקאי לגבי ארה"ב ועל ידי ועדת מוצרים יתומים (COMP) Committee for Orphan Medicinal Products מטעם ה-EMEA לגבי מדינות האיחוד האירופאי.

3.7. **קנאביס רפואי** על פי הנחיית רופא מורשה למתן הטיפול, בהתאם להוראות משרד הבריאות.

ההגדרה שלעיל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות"

3.8. החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה.

3.9. חבות החברה על פי פרק זה תהיה אך ורק לפי התנאים המצטברים להלן:

3.9.1. ההוצאות הוצאו בפועל ע"י המבוטח או החברה התחייבה לרכושן.

3.9.2. החברה תשלם אך ורק הוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 200 ₪ לחודש ועד 400 ₪ לכל המרשמים יחד לחודש. יובהר כי בתרופות למחלות אונקולוגיות לא תנוכה השתתפות עצמית.

3.10. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות על פי פרק זה יהיה עד 3,000,000 ₪ לכל מקרי הביטוח, למבוטח, לתקופת הביטוח. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות על פי סעיף 3.5 יהיה עד 1,000,000 ₪ במקרה של מחלת סרטן, לכל מקרי הביטוח למבוטח, לתקופת הביטוח. במידה ויוכח שהטיפול יעיל הסכום יגדל ל-3,000,000 ₪.

סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות על פי סעיף 3.5 במקרה שאיננו מחלת סרטן יהיה עד 500,000 ₪ לכל מקרי הביטוח למבוטח, לתקופת הביטוח.

סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות על פי סעיף 3.7 יהיה עד 1,000 ₪ לחודש ועד לתקרה של 30,000 ₪ לכל מקרי הביטוח למבוטח, לתקופת הביטוח.

3.11. החברה תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 160 ₪ ליום ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח.

3.12. הסכומים המפורטים בפרק זה יהיו צמודים למדד היסודי.

4. הגבלות נוספות לאחריות החברה:

בנוסף ומבלי לגרוע מהסייגים הכלליים והמיוחדים בפוליסה, החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.

4.1. בנוסף לאמור לעיל לא תהיה החברה אחראית לכל תשלום על פי פרק זה בגין:

4.1.1. תרופה ניסיונית אשר לא אושרה על-ידי הרשות המוסמכת למעט כמוגדר בסעיפים 3.1-3.6

4.1.2. תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.

4.1.3. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

4.1.4. במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים, למעט תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים שהצורך בהם נקבע ע"י רופא מומחה בתחום והם ניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי למחלתו של המבוטח.

4.1.5. טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).

פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה

1. הגדרות:

- 1.1. **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.2. **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרות דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3. **"ניתוח"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי 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, ללאבחון או לטיפול, הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4. **"מרפאה כירורגית פרטית"** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5. **"בית חולים פרטי"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.6. **"קופת חולים"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
- 1.7. **"רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8. **"שתל"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9. **"תקופת אכשרה"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10. **"הסדר ניתוח"** - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים

בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

בקורת מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

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

3.2. שכר מנתח.

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

3.4. טיפול מחליף ניתוח - וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.

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

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

4. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

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

- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוסח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוסח עם יחס BMI גבוה מ-40.
 - 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
 - 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוסח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוסח או השתלת לב מלאכותי.
 - 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
 - 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוסח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
 - 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
 - 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
 - 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.
5. תקופת אכשרה:
- תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים.

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

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

- 1.1 **"מקרה ביטוח"** - ביצוע ניתוח בחו"ל או ביצוע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל.
- 1.2 **"ניתוח"** - פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החדרת דרך רקמות ומטרתה אבחון או טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח או מניעה של כל אחד מאלה. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חדרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר או גלי קול או חשמל או גלים אלקטרומגנטיים או חום או קרינה רדיואקטיבית, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה. יובהר, כי הכיסוי על פי פרק זה אינו כולל זריקה או כל פעולה רפואית המתבצעת באמצעות זריקה/הזרקה, למעט הזרקות שנעשות תחת הדמיה לרבות הזרקה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול והחדרת פולימר לריאות. כמו כן, הכיסוי אינו כולל בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון M.R.I ו-C.T אלא אם הינן נדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז לקראת הניתוח או במהלך הניתוח. למען הסר ספק בדיקות אלו יכוסו גם אם יוחלט כתוצאה מהן, שלא לבצע את הניתוח.
- 1.3 **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי שנועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח במקומו הוא מבוצע וזאת ע"פ חוות דעת רופא מומחה בתחום, מטעם המבוטח ובתנאי שנותן הטיפול יהיה רשאי על פי החוק, לתת את הטיפול והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול יהיו בעלי רישיון מתאים.
- 1.4 **"תיאום ניתוח או טיפול"** - התקשרות וסידורים מנהלתיים עם נותני השירות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו' ייעשו ישירות על ידי החברה.
- 1.5 **"בית חולים בחו"ל"** - מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא, כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח או הטיפול.
- 1.6 **"הטסה רפואית"** - הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח חזרה לישראל, בתנאי שרופא מטעם החברה קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וכי ההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

2. תגמולי הביטוח:

- 2.1 **שכר מנתח/מרדים:**
שכר מנתח ו/או מרדים שנבחרו על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור מראש שניתן על ידי החברה.
- 2.2 **כיסוי להוצאות בית חולים בחו"ל:**
החברה תכסה את ההוצאות בגין חדר הניתוח והוצאות אשפוז לרבות במחלקת טיפול נמרץ, כולל הוצאות שתל כהגדרתו בסעיף 1.8 לפרק ג' (ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח) עד לתקרה של 50,000 ₪ המושגת בגופו של המבוטח במהלך ניתוח, בדיקה פתולוגית ובדיקות מעבדה והדמיה הקשורות בניתוח והמבוצעות במהלך האשפוז וכמו כן תרופות במהלך האשפוז.

2.3. כיסוי להוצאות טיסה ושהייה:

במידה והמבוטח נזקק להטסה רפואית, על מנת להגיע לחו"ל, או במקרה ותקופת האשפוז לצורך הניתוח או הטיפול בחו"ל תעלה על 7 ימים ברציפות, תכסה החברה הוצאות טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים בטיסה רגילה למבוטח (אלא אם נזקק להטסה רפואית) ולמלווה וכן הוצאות שהייה למבוטח ומלווה אחד עד לסכום מרבי בסך 800 ש"ח ליום לכל אחד מהם.

אם המבוטח שבוצע בו הניתוח או הטיפול בחו"ל הינו קטין, תכסה החברה במקרים האמורים בסעיף זה לעיל הוצאות טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים בטיסה מסחרית רגילה והוצאות שהייה בגין שני מלווים. סכום הביטוח המרבי לשהייה, על פי סעיף זה לשני מלווים לא יעלה על 1,200 ש"ח ליום לכל אחד מהם.

2.4. הטסה רפואית:

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או הטיפול, או חזרתו ארצה לאחר הניתוח או הטיפול, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית. הצורך בהטסה רפואית יקבע על-ידי רופא מטעם החברה על-פי מצבו הרפואי של המבוטח. הכיסוי כולל העברה יבשתית ו/או אווירית בין בתי החולים לשדה התעופה.

2.5. כיסוי להוצאות הטסת גופה:

החברה תכסה את הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח או הטיפול אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים מיום שחרורו מבית החו"ל. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה לא יעלה על 30,000 ש"ח.

2.6. פיצוי חד פעמי בעת ניתוח או טיפול גדול:

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח או טיפול יעלה על 10 ימים רצופים יינתן למבוטח פיצוי חד פעמי בסך 10,000 ש"ח לכיסוי הוצאות שונות, וזאת בעת שובו של המבוטח לישראל.

למען הסר ספק יובהר כי ניתוח או טיפול גדול משמעו ניתוח או טיפול אשר האשפוז בגינו עולה על עשרה ימים.

2.7. שיפוי לאחר ניתוח גדול:

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 10 ימים רצופים, יינתן שיפוי להוצאות כמפורט להלן עד תקרה של 7,500 ש"ח לכל הכיסויים יחד בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח:

2.7.1. שהיה במוסד החלמה מוכר בישראל - עד 10 ימים ועד 700 ש"ח ליום.

2.7.2. טיפולים פיזיותרפיים - עד 12 מפגשים, עד 150 ש"ח למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

2.7.3. רפוי בעיסוק - עד 12 מפגשים, עד 150 ש"ח למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

2.7.4. שיקום כושר הדיבור - עד 12 מפגשים, עד 150 ש"ח למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

למען הסר ספק יובהר כי ניתוח גדול משמעו ניתוח אשר האשפוז בגינו עולה על עשרה ימים.

2.8. פיצוי חד פעמי - בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח:

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

2.9. הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל:

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

3. תביעות:

בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח או טיפול, יידע את החברה באופן מידי על רצונו לבצע את הניתוח או הטיפול בחו"ל ועל בית החולים בחו"ל בו הוא מעוניין לעשות זאת. על המבוטח לקבל הפניית החברה לבית החולים בחו"ל, או למנתח ולמרדים, כולל קבלת אישור מראש ובכתב מאת החברה לביצוע הניתוח או הטיפול בחו"ל.

קבלת האישור, כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה.

היה והניתוח או הטיפול יבוצע ללא אישור של המבטח מראש יכסה המבטח את עלות הניתוח או הטיפול עד סך עלות הוצאות הניתוח שהיו משולמות על ידי החברה לספק בחו"ל היה והמבוטח פונה לאישורו מראש, או עד סך 200% משווי הניתוח או הטיפול בארץ, ע"פ התעריף המרבי של חברת הביטוח, הגבוה מבין שתי האפשרויות.

4. חריגים:

4.1. השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל אם וככל שמכוסים לפי פרק א' להסכם זה.

4.2. לא תכוסה לידה בניתוח קיסרי שלא על רקע של צורך רפואי.

4.3. ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל, למעט ניתוחי עודף משקל אשר יכוסו כאשר BMI שווה או גדול מ-35 או בכפוף לאישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי בו מתבצע הניתוח.

4.4. ניתוחי קוצר ראה, למעט ניתוחים בהם ניתן אישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי המבצע את הניתוח.

4.5. טיפולים במסגרת רפואה אלטרנטיבית.

4.6. טיפולי פיזיותרפיה (למעט כמוגדר בסעיף 2.7.2 לפרק זה) וטיפולים כימותרפיים.

4.7. הוצאות רכישת תרופות שלא במסגרת האשפוז.

4.8. מקרה הביטוח קשור במישרין לניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסתטיים, למעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה, כדוגמת ניתוח שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד מלאה או ניתוח שהינו המשך לניתוח שזכאותו אושרה על ידי החברה.

פרק ה': כיסוי לשירותים רפואיים נוספים

1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1. "מקרה הביטוח" - שירותים רפואיים הנקובים בסעיפים 22-2 להלן שניתנו למבוטח שלא במהלך אשפוז, ובלבד שהשירות הרפואי ניתן במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2. "מועד קרות מקרה הביטוח" - המועד בו ניתן השירות הרפואי למבוטח.
- 1.3. "רופא מומחה" - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו התחום.

2. התייעצות עם רופא מומחה:

החברה תשפה את המבוטח בסך של עד 1,000 ₪ להתייעצות אחת ובכל מקרה לא יותר מההוצאות הממשיות אשר הוציא המבוטח בפועל עבור התייעצות עם רופא מומחה, אצל רופא מומחה שיבחר ע"י המבוטח, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות התייעצות, למעט התייעצות עם רופא נשים בנושא בדיקות תקופתיות, בדיקות שיגרה ומעקב הריון תקין, רופא משפחה ורופא ילדים במקרים של מחלות חום או מחלות ילדים שגרתיות. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין התייעצות עם רופא מומחה כאמור לעיל לא יותר מ-3 פעמים בשנת ביטוח אחת.

מבוטח שיבחר להשתמש ברופא הסכם להתייעצויות, יהיה זכאי לפנות באופן ישיר לכל רופא המופיע ברשימת רופאי ההסכם להתייעצות המופיעה באתר הראל www.harel-group.co.il ולתאם את ההתייעצות באופן ישיר מול הרופא ובהתחייבות לעד 7 ימי עסקים. המבוטח ישלם ישירות לרופא/מרפאה השתתפות עצמית של 150 ₪ וההתייעצות תיספר לו במניין שלוש ההתייעצויות להן זכאי בשנת ביטוח.

במקרים דחופים, בהם המבוטח מבקש לראות את הרופא עד לשני ימי עסקים, יוכל להפעיל את הכיסוי להתייעצות עם רופא מומחה באמצעות פנייה למוקד שירות ייעודי של חברת הביטוח בטלפון 03-7547010. המוקד יקבע למבוטח את פגישת הייעוץ בטווח של עד שני ימי עסקים ממועד פניית המבוטח. במקרה זה, התחייבות חברת הביטוח היא לקביעת פגישת הייעוץ עם רופא כלשהו מתחום ההתמחות שהמבוטח בחר מתוך רשימה של רשת רופאים להתייעצויות המפורסמת באתר האינטרנט של חברת הביטוח. המבוטח ישלם ישירות לרופא/מרפאה השתתפות עצמית של 150 ₪ וההתייעצות תיספר לו במניין שלוש ההתייעצויות להן זכאי בשנת ביטוח.

3. בדיקות רפואיות אבחנתיות:

השתתפות בהוצאות בדיקות אבחנה לצורך אבחון, מניעת מחלה או קביעת דרכי טיפול אצל המבוטח עד לתקרות המפורטות למבוטח ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הבדיקה:

- א. השתתפות המבטח בבדיקות אבחנתיות עד 7,500 ₪ לשנת ביטוח.
- ב. השתתפות המבטח בבדיקות הדמיה עד 7,500 ₪ לשנת ביטוח.

4. בדיקות הריון לרבות:

4.1. ביצוע סריקה על קולית לבדיקת מערכות עובר:

מבוטחת תהיה זכאית לשיפוי עבור הוצאות סריקה על קולית (מוקדמת ו/או מאוחרת) של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת. הבדיקה תעשה אצל רופא מומחה גניקולוג. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל.

4.2. בדיקת מי שפיר:

מבוטחת תהיה זכאית לשיפוי עבור הוצאות בדיקת מי שפיר או סיוע שלייה או כל בדיקה שמטרתה גילוי מוטציות גנטיות בעובר. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל.

4.3. ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי:

מבוטחת/ת/יהיה זכאית/לשיפוי עבור הוצאות אבחון גנטי טרום לידתי. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל.

4.4. בדיקת חלבון עוברי:

מבוטחת תהיה זכאית לשיפוי עבור הוצאות בדיקת חלבון עוברי. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל.

4.5. בדיקת שקיפות עורפית:

מבוטחת תהיה זכאית לשיפוי עבור הוצאות בדיקת שקיפות עורפית. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל.

4.6. הפסקת היריון באמצעות גלולה:

במקרה בו קיים צורך בהפסקת היריון, בכפוף להוראות הפוליסה, באמצעות שימוש בגלולת מייפג'ין יכוסו הוצאות הטיפול עד לסך כולל של 2,500 ₪. סכום השיפוי המרבי יהיה 50% מההוצאות שהוצאו בפועל.

הכיסוי בגין בדיקות להיריון יינתן עד לתקרה של 7,000 ₪ לכל הבדיקות, להיריון. במקרה של היריון רב עוברי התקרה תהיה 9,000 ₪ לכל הבדיקות, להיריון. התקרה לסעיף 4.6 תינתן בנוסף. למען הסר ספק, בדיקות היריון ישולמו גם לאם פונדקאית שאיננה מבוטחת.

5. טיפולי פרייון:

כל טיפול שתעבור מבוטחת שמטרתו כניסתה להריון ו/או הגדלת הסיכוי לכניסתה להריון וכל טיפול שיעבור מבוטח שמטרתו כניסת בת זוגו להריון ו/או הגדלת הסיכוי לכניסתה להריון, וזאת על פי הפניית רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקוי פרייון. הכיסוי יכלול גם רכישת ביצית בחו"ל או רכישת זרע בארץ או בחו"ל. השיפוי יהיה עד ל-12,000 ₪ לסדרת טיפול ועד שלוש סדרות לתקופת הביטוח.

למען הסר ספק הכיסוי יחול גם על שני בני זוג מאותו מין גם במקרה בו לא אובחנה בעיה רפואית ו/או גם במקרה של אם חד-הורית במקרה בו לא אובחנה בעיה רפואית.

6. שרותי פונדקאות:

השתתפות בהוצאות שירותי פונדקאות (לרבות הוצאות הבדיקות הנדרשות לשירותי הפונדקאות) בארץ או בחו"ל ובתנאי שהפונדקאות בוצעה ע"פ הוראות החוק לתרומת ביציות, וזאת עד 25,000 ₪ לסדרת טיפול ועד שתי סדרות לילד ועד שני ילדים לכל תקופת הביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%. למען הסר ספק הכיסוי יחול גם על שני בני זוג מאותו מין גם במקרה בו לא אובחנה בעיה רפואית ובמקרה בו שני בני הזוג מבוטחים תחת פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח ע"פ סעיף זה רק לאחד מהם.

7. טיפולים פיזיותראפיים/הידרותרפיים/ריפוי בעיסוק:

המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין ביצוע טיפולים פיזיותראפיים או הידרותרפיים או ריפוי בעיסוק עד 15 טיפולים בשנה (לשלושת סוגי הטיפולים יחדיו) ועד 150 ₪ לטיפול, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% ועד סכום מרבי של 2,250 ₪ לשנת ביטוח למבוטח.

8. טיפולי שיקום:

מבוטח הנזקק על פי הנחיית רופא מומחה בתחום הרלוונטי בעקבות מחלה או תאונה שאירעו לראשונה במהלך תקופת הביטוח לטיפול שיקומי לרבות שיקום דיבור לאחר CVA (ו/או ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים) יהיה זכאי לכיסוי הוצאות טיפולי שיקום בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 20% ועד תקרת החזר בגובה 260 ש"ח לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים למקרה ביטוח.

במקרה של התעמלות לשיקום לבבי על פי הנחיית קרדיולוג, תקרת ההחזר תהיה בגובה 150 ש"ח לחודש למשך 9 חודשים.

9. טיפולים אונקולוגיים:

כיסוי לטיפולים אונקולוגיים לרבות כימותרפיה, הקרנות וכל טיפול שנקבע ע"י רופא מומחה בתחום. עד לתקרה של 40,000 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.

10. בדיקות לגידולים ממאירים:

מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות בארץ או בחו"ל לצורך יישום רפואה מותאמת אישית בתחומי המניעה, האבחנה והתאמת הטיפול במחלות ממאירות עד 40,000 ש"ח למקרה ביטוח.

11. בדיקות גנטיות מניעתיות:

מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי, חד-פעמי, לגילוי גנים סרטיניים למחלות כגון אך לא רק: סרטן השד, סרטן המעי הגס, סרטן השחלות, סרטן בלוטת הערמונית עד לתקרה של 4,000 ש"ח למבוטח לתקופת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.

12. חוות דעת רפואית שניה בחו"ל:

מבוטח יהא זכאי לחוות דעת בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה, עד 7,000 ש"ח למקרה ביטוח. במידה והמבוטח נדרש לטוס לחו"ל לצורך קבלת חוות הדעת, יהיה זכאי להחזר נוסף בגין הוצאות טיסה ושהייה עד לסך של 5,000 ש"ח.

13. טיפול על ידי מקרופאגים:

טיפול על ידי מקרופאגים בפצעים פתוחים, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת עד לסך של 10,000 ש"ח למקרה ביטוח.

14. טיפול בבעיות התפתחות ילדים וליקוי למידה:

החזר הוצאות בגין בעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו ע"י רופא מומחה להתפתחות הילד (נוירולוג ילדים, פסיכיאטר ילדים) או במוסד אבחון מוכר בתחום, אצל ילד מגיל 3 ועד גיל 18, המחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג. הכיסוי הינו עד 150 ש"ח לטיפול ועד 20 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.

15. אביזרים רפואיים:

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי כמפורט להלן בכפוף להפניה מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר עד 80% ולא יותר מ-1,000 ש"ח לשנת ביטוח. החזר לאביזרים כגון: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד, מכשיר CPAP או BPAP, מגביר קול לנפגעי לרינקס, מכשיר TNS, חבישות לחץ, סד גבס קל, פרוטזה חימונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, בניה והתאמה מיוחדת של נעליים לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של

כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, מכשיר שמיעה בעקבות ליקוי רפואי כרוני מתועד, פאה לחולה אונקולוגי, תותב לאין אונות, משאבת אינסולין.

16. ביקור רופא אצל המבוטח:

החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאה הכספית בה נשא המבוטח עבור שירות ביקור רופא הניתן למבוטח ע"י אחת מחברות הנותנות שרות בתחום ביקורי הבית, כגון פמ"י וביקורופא (להלן: "הספק") או ע"י רופא אחר, בביתו או בכל מקום אחר בו הוא נמצא, או במרכז רפואה מידי (מר"מ) המופעל ע"י הספק, וזאת עד 150 ש"ח ובהשתתפות עצמית של 25 ש"ח.

17. אחות פרטית:

החברה תשפה את המבוטח בגין השכרת שירותי אחות פרטית, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מהסכום 750 ש"ח לכל יום ועד 14 ימים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 20% מההוצאה.

18. טיפולים בתא לחץ:

החזר הוצאות בגין טיפולים בתא לחץ עד לסך של 8,000 ש"ח למקרה ביטוח.

19. הזרקות חומרי סיכוך למפרקים:

הזרקות חומרי סיכוך למפרקים או לעמוד השדרה כגון: אורטוקין, חומצה היאלורונית, PRP ועוד עד לסך של 5,000 ש"ח למקרה ביטוח.

20. הזרקות תחת שיקוף:

הזרקות תחת שיקוף או הדמיה לעמוד השדרה עד לסך של 5,000 ש"ח למקרה ביטוח.

21. הזרקות לעיניים:

הזרקות שמטרתן טיפול במחלות רשתית כגון: ניוון רשתית מקולרי (AMD), בצקת מפגיעת הסוכרת בעין (רטינופטיה סוכרתית), ובצקת כתוצאה מחסימה ורידית בעין עד לסך של 5,000 ש"ח למקרה ביטוח.

22. רפואה משלימה (אלטרנטיבית):

22.1. התחייבות המבטח

בקרת מקרה הביטוח המבטח ישפה המבטח את מבוטח עד ל-80% מההוצאות בפועל שהיו לו עבור שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית). תחומי הרפואה המשלימה שבגינם מבוטח ישופה הינם:

22.1.1. "אקופונקטורה" - טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.

22.1.2. "הומיאופתיה" - שיטת טיפול כוללנית, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמהלו או דוללו פעמים רבות.

22.1.3. "ביו פידבק" - טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מידית של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.

22.1.4. "כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.

22.1.5. "אוסטאופתיה" - טיפול להשגת הקלה בהפרעות במערכות השרירים והשלד על ידי שיפור הזרימה במערכות כלי הדם, הלימפה והעצבים.

22.1.6. "פלדנקרייז" - טיפול ביכולת התנועה ויציבת הגוף, תוך פיתוח מודעות להרגלי התנועה והקניית הרגלי תנועה נכונים.

- 22.1.7. "רפלקסולוגיה" - טיפול באמצעות לחיצות ועיסוי בעיקר בכפות הרגליים לאבחון ושיפור תפקודן של מערכות הגוף השונות.
- 22.1.8. "שיאצו" - לחיצות ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף לצורך שחרור ואיזון הזרימה.
- 22.1.9. "נטורופתיה" - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 22.1.10. "שיטת טווילה" - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מסד' רקמות עמוק.
- 22.1.11. "יעוץ דיאטטי" - התאמה אישית של תכנית תזונה.
- 22.1.12. "פרחי באך" - תמציות פרחים המסייעות ומונעות היווצרותה של הפרעה גופנית, עוד לפני שהיא מתבטאת במחלה.
- 22.2. סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח על פי פרק זה בגין כל טיפול לא יעלה על 160 ש"ח. סכום השיפוי המרבי הכולל שישולם המבוטח למבוטח על פי פרק זה לא יעלה על 2,560 ש"ח לכל שנת ביטוח.
- 22.3. הטיפול נעשה על רקע מצב רפואי שיוגדר על ידי רופא מטעם המבוטח.
- 22.4. לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולים עתידיים.
- 22.5. הגבלות לאחריות המבוטח לסעיף 22 בלבד - חריגים:
- 22.5.1. המבוטח לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים:
- 22.5.2. טיפולים שאינם כלולים בסעיף 22.1.
- 22.5.3. טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו').
- 22.5.4. הוצאות עבור תרופות /או חומר מרפא ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך טיפול.