

ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי AST SpaceMobile
ובני משפחותיהם

הראל
ביטוח ופיננסים

אלדור
ביטוח עם יחס אישי

עובד/ת יקר/ה,

אנו שמחים וגאים להשיק את תוכנית ביטוח הבריאות הקולקטיבית לעובדות ועובדי **AST SpaceMobile Israel**.

כחברה, שמנו לעצמנו מטרה לתת לכם את המענה הביטוחי הטוב, המקיף והאיכותי ביותר, בתחום שאין חשוב ממנו: בריאות.

פוליסת ביטוח הבריאות הקבוצתית של **הראל חברה לביטוח** בשיתוף עם **אלדור סוכנות לביטוח** נבנתה והותאמה במיוחד לעובדי **AST SpaceMobile Israel** ובני משפחותיהם, והיא מציעה הרחבות והטבות משמעותיות בתנאי הביטוח המספקים מענה לצרכים רפואיים שאינם מכוסים בסל הבריאות.

כפי שהוסבר לכם, כל עלויות הביטוח ישולמו על ידי החברה והוצאה זו תגולם כך שמבחינת העובד/ת אין עלות להצטרפות. עובדים שירצו לצרף את בני המשפחה, יהיו זכאים למחירים מוזלים.

אנו מלאי תקווה שלא נצטרך להשתמש בביטוח הבריאות שלנו, אבל באותה מידה כולנו מבינים את חשיבותו ונחיצותו.

בברכת בריאות טובה,

נועה כץ דנן

מנהלת משאבי אנוש

תוכן עניינים

גילוי נאות **4**

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי AST ובני משפחותיהם **15**

פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל 28

פרק ב': ביטוח תרופות מחוץ לסל הבריאות 32

פרק ג': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל 36

פרק ד': ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית 40

פרק ה': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים 45

פרק ו': שירות לאבחון רפואי מהיר 47

46679.1 סטודיו**הראל**

גילוי נאות

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

תמצית תנאי הביטוח – ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי AST ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי AST ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל פרק ד': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל-ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית פרק ה': שירותים רפואיים אמבולטוריים פרק ו': שירות לאבחון מהיר
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.10.2024 ועד ליום 30.9.2029.

תמצית פרטי הפוליסה	
תיאור הביטוח	**השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל** כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה, קצבה חודשית למועמד להשתלה וגמלת החלמה על פי תנאי הפוליסה. **תרופות מחוץ לסל הבריאות** כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות למצבו הרפואי של המבוטח בגין התוויה וכל זאת על פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כמו כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה כמפורט בפרק זה **ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל** כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן. **כיסי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן** מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. **ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים** 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, בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים ועוד. **שירות לאבחון רפואי מהיר** מתן אפשרות לבצע תהליך של אבחון פרטי הכולל בדיקות הנדרשות תוך זמן קצר, בבית החולים אסותא תל-אביב, רמת החייל. מבוטח שפונה לקבלת השירות, יעבור תהליך אבחון לקביעת אופי המחלה או המצב הרפואי, באמצעות רופא מומחה וביצוע כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות וקבלת דו"ח אבחון בסיום התהליך- וכל זאת תוך מספר ימים בלבד. בהתאם להשתתפות העצמית הנקובה בפוליסה.
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, ביתר המקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה - סעיף 10. פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל- סעיף 6. פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות - סעיף 5. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - סעיף 4. פרק ד': כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן - סעיף 6. פרק ה': שירותים רפואיים אמבולטוריים - סעיף 3. פרק ו': שירות לאבחון רפואי מהיר - סעיף 3. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.

תמצית פרטי הפוליסה	
גובה הפיצוי הכספי שאקבל	פרק א': השתלות, סעיף 4.3.3 - השתלה שלא במימון החברה מחוץ לישראל ובכפוף לחוק ההשתלות, פיצוי בגובה 350,000₪, למעט השתלת מח עצם עצמית. פרק ג': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - פיצוי בסך 150,000₪ במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)[1]	פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים. פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות, תקופת אכשרה של 90 ימים. פרק ג': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - תקופת אכשרה של 90 ימים. פרק ד': כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן, תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים. פרק ה': שירותים רפואיים אמבולטוריים, תקופת אכשרה של 270 ימים במקרה של כיסוי הקשור בהיריון. פרק ו': שירות לאבחון רפואי מהיר, תקופת אכשרה של 60 ימים.
השתתפות עצמית	פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות, השתתפות עצמית של 300₪ לתרופה לחודש. תרופות מיוחדות - השתתפות עצמית של 500₪ לתרופה לחודש. לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000₪. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל -השתתפות עצמית של 20% מההוצאה בפועל עבור הוצאות שיקום בישראל עקב ניתוח מורכב, כמפורט בסעיף 3.5.6.3. פרק ה': שירותים רפואיים אמבולטוריים, השתתפות עצמית של 20%. פרק ו': שירות לאבחון רפואי מהיר, השתתפות עצמית כמפורט בפרק.
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים

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

תמצית פרטי הפוליסה	
עלות הביטוח	<table><tr><th>סוג מבוטח</th><th>פרמיה חודשית</th><th>אופן התשלום</th></tr><tr><td>עובד/ת</td><td>₪155.00</td><td>ממומן על ידי בעל הפוליסה (לרבות גילום מס)</td></tr><tr><td>בן/בת זוג /ילד מעל גיל 24 שנה</td><td>₪155.00</td><td>אמצעי גבייה אישי</td></tr><tr><td>ילד עד גיל 24 שנה</td><td>₪35.00</td><td>אמצעי גבייה אישי</td></tr></table> מילד שלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה, ובלבד שבפוליסה קיימים לפחות שני ילדים משלמים. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון כנס למחשבון. מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם ביום 15.9.2024.
שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	לאחר 30 חודשים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל	השתלה לפי סעיף 1.1.1 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד שחלה ומעי וכל שילוב ביניהם, או השתלה של מח עצם מתורם אחר, שנלקחו מגופו של אדם אחר. השתלה לפי סעיף 1.1.2 - ראיה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם שנלקח מבעלי חיים. השתלה לפי סעיף 1.1.3 - השתלת מח עצם / או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי שמקודם במבוטח עצמו. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, דיאליזה, הטסה רפואית טיפולי המשך ועוד. סעיף 4.3.3 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו, למעט השתלת מח עצם עצמית.	סעיף 3.2.1 עבור סעיף 1.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם להוצאות המפורטות בסעיף 4.1 או עד לסך של 5,000,000 ₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם עבור ההוצאות המפורטות. סעיף 3.2.2 עבור סעיף 1.1.2 כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 4.1 אצל נותן שירות שבהסכם או עד לסך של 3,000,000 ₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם עבור ההוצאות המפורטות. סעיף 3.2.3 עבור סעיף 1.1.3 כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם להוצאות המפורטות בסעיף 4.1, או עד לסך של 150,000 ₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם עבור ההוצאות המפורטות. וכן כיסוי עד לתקרה להוצאות נוספות כגון: סעיף 4.2.1 - הוצאות בדיקות לאיתור מח עצם, עד 300,000 ₪. סעיף 4.2.2 - הוצאות בשל הערכה רפואית - עד 200,000 ₪. סעיף 4.2.3 - הוצאות טיפולים רפואיים מחוץ לישראל לרבות דיאליזה - עד 250,000 ₪. סעיף 4.2.4 - הטסה רפואית עד 100,000 ₪. אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא. סעיף 4.3.1 - קצבה חודשית למועמד להשתלה כמפורט בתוכנית. סעיף 4.3.3 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות המבטח בסך 350,000 ₪.	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.3 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 3.3-3.4 עבור סעיף 1.3 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.2.2 עד 4.2.7 או עד לסך של 1,000,000₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם, עבור ההוצאות המפורטות.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 4.3.2 - גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית.	סעיף 4.3.2 - סכום חודשי בסך 5,500₪ לתקופה של עד 24 חודשים.	
הערות	**חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.**		

תרופות מחוץ לסל הבריאות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופה שהינה אחת או יותר מהתרופות להלן: תרופה שאיננה כלולה ושהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח. תרופה הכלולה בסל שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפות במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. תרופות OFF LABAL תרופות יתום כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ₪. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	עבור תרופות על פי סעיפים 2.1.1-2.1.4 לפרק זה - 300 ₪, למעט בגין תרופה שעלותה החודשית עולה על סכום של 5,000 ₪ שבהן לא תחול השתתפות עצמית.
תרופה מיוחדת	סעיף 2.1.5 - תרופה מיוחדת	סכום ביטוח מירבי בשל כל מקרי הביטוח על פי סעיף זה הנו עד לסך של 1,000,000 ₪ ולא יותר מ-200,000 ₪ בחודש.	עבור תרופות על פי סעיף 2.1.5 - 500 ₪ למעט בגין תרופה שעלותה החודשית עולה על סכום של 5,000 ₪ שבהן לא תחות השתתפות עצמית.
בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	סעיף 2.2 - ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	סעיף 3.1.4 - עד 80% מההוצאות ולא עד יותר מ-40,000 ₪ עבור כל מקרה ביטוח.	20% מההוצאות
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.1.3 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי או שירות רפואי הכרוך בנטילת תרופה המכוסה בהגדרת מקרה הביטוח	עד לסך של 250 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 60 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.**		

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל או בטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל	סעיף 3 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, עד לתקרה של 40 ימים, כולל הוצאות חדר ניתוח, שכר הרופא המנתח, עלות הטסת גופה, שתל שהושתל במהלך ניתוח ועוד.	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן שיפוי עד 250% מעלות אותו הניתוח בישראל. הכיסוי כולל החזר הוצאות עבור שתל - עד 60,000₪.
התייעצות בקשר לניתוח	סעיף 3.5.1 לפרק - שתי התייעצויות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל או התייעצות אחת עם מומחה מחוץ לישראל	עד לסך של 1,200₪ לכל התייעצות עם רופא מומחה בישראל או עד 4,000₪ עבור התייעצות עם רופא מומחה מחוץ לישראל.
הבאת מומחה רפואי לישראל	סעיף 3.5.4 לפרק - הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל	עד 200,000₪
הוצאות בשל ניתוח מורכב, שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים ברצף לפחות	סעיף 3.5.6 לפרק - במקרה של אשפוז בשל ניתוח מורכב יינתן כיסוי בגין הוצאות שהייה מחוץ לישראל, המשך מעקב רפואי מחוץ לישראל עקב הניתוח והוצאות עבור מוסד החלמה.	אחות פרטית - 8 ימים, מתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח ועד 650₪ ליום. הוצאות החלמה - עד 10 ימים תוך 3 חודשים ממועד הניתוח, ועד לסך של 400₪ ליום. המשך מעקב רפואי בחו"ל - תוך 90 יום מהניתוח ועד לסך של 100,000₪. עד 16 טיפולי שיקום שיבוצעו בישראל תוך 90 יום מהניתוח, ועד לסך של 250₪ לטיפול ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות הטיפול.
מוות כתוצאה מניתוח	סעיף 3.6 לפרק - פיצוי חד פעמי בגין מוות כתוצאה מניתוח במהלך 14 ימים מיום הניתוח.	פיצוי חד פעמי בסך 150,000₪.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 3.3 בפרק - הוצאות (כמפורט בסעיף) בגין טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל	כיסוי עבור ההוצאות המפורטות בתכנית ועד 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.
הערות	**חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.**	

ביטוח לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 4.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 4.3-4.2 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית **ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.**
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 4.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	**לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.**	

ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים 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
שירותים אמבולטוריים	סעיף 2 לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.	כיסוי עד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בפרק.	סעיף 4 - במקרה של בדיקות הקשורות בהיריון - 270 יום.	
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 2.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה ו/או פסיכיאטר).	כיסוי עד ל-800₪ להתייעצות ועד סה"כ 3 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 2.3 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 4,000₪ לבדיקות אבחנתיות ועד 5,000₪ עבור בדיקת M.R.I למבוטח לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים	סעיף 2.4 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד, עד 180₪ לטיפול ובכל מקרה לא יותר מ-2,200₪ למבוטח לשנת ביטוח		20% מההוצאה בפועל

[2]תקופת 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
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 2.9 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון חלבון עוברי, שקיפות עורפית, 2 סקירות, מי שפיר או בדיקה אחרת שמטרתה זהה, אקו לב לעובר ובדיקות גנטיות טרום הריון לשלילת מומים מולדים.	כיסוי עד 3,000 ₪ לכל הריון, ובמקרה של הריון מרובה עוברים - עד 5,000 ₪. עבור בדיקות גנטיות - עד 1,000 ₪ לכל הריון.	סעיף 4 - 270 יום	20% מההוצאה בפועל
הערות	**חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.**			

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ביום 15.9.2024.

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.

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי
לעובדי AST ובני משפחותיהם

1. הגדרות כלליות

בפוליסה ובפרקיה/ נספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:

1.1. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.

1.2. **"בית חולים פרטי"** - אחת מההגדרות שלהלן:

- בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
- בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.3. **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.

1.4. **"בעל הפוליסה" - איי אס טי אנד סיינס ישראל בע"מ (AST).**

1.5. **"גיל"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו.

1.6. **"דמי הביטוח"/ "הפרמיה"** - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.

1.7. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.

1.8. **"החברה או המבטח"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.

1.9. **"המבוטח"** - עובד אצל בעל הפוליסה ו/או בן או בת זוגו ו/או ידוע/ה בציבור ו/או ילדי עובד ו/או ילדי בן/בת זוג, ו/או חתנים/כלות ו/או נכדים/נכדות, תושב מדינת ישראל, והכל בהתאם להגדרות המונחים בפוליסה, אשר הצטרפו ו/או יצטרפו לפוליסה.

1.10. **"הסכם הביטוח"** - הסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטח לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.

1.11. **"הפוליסה"** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל הנספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.

1.12. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו על ידי המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו

1.13. **"ועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן 1999).

1.14. **"חו"ל"** - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.

1.15. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981.

1.16. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994.

1.17. **"יום אשפוז"** - שהות של 24 שעות בבית חולים.

1.18. **"ישראל"** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.

1.19. **"מבוטחים קיימים"** - מבוטחים אשר היו מבוטחים במועד תחילת הפוליסה במסגרת הפוליסה הקודמת.

1.20. **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.

1.21. **"מדד הבסיס"** - המדד הידוע במועד תחילת הפוליסה כהגדרתו בסעיף 1.39 לעיל.

1.22. **"מקרה הביטוח"** - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.

1.23. **"נותן שירות/ספק שבהסכם"** - בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, מנתח שהינו רופא מומחה (כהגדרתו לעיל) או רופא אשר הוסמך בחו"ל כמומחה מנתח וכל רופא או גוף אחר עמם קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיו צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.

1.24. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

1.25. **ספורט אתגרי** - ענפי ספורט הנחשבים למסוכנים במיוחד והדורשים מהעוסקים בהם רמות גבוהות של קושי, מאמץ גופני ורגשי. ספורט אתגרי יכלול בדרך כלל אחד או יותר מהמרכיבים הבאים: מהירות, גובה וסכנה. רשימת ענפי הספורט האתגרי תעודכן מעת לעת על פי הרשימה המופיעה באתר החברה - www.harel-group.co.il.

1.26. **"עובד חדש"** - עובד שלא היה מועסק אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הפוליסה.

1.27. **"עובד קיים"** - כל מי שהינו עובד אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הפוליסה, המועסק על ידי בעל הפוליסה, בכלל זה מי שנמצא/ת בחופשת לידה ו/או מי שהינו בחופשה ללא תשלום שאינה עולה על 6 חודשים.

1.28. **"פוליסה קודמת"/"ביטוח קודם"** - פוליסה קבוצתית או פרטית של המבוטח שהייתה בתוקף ערב תאריך הצטרפותו של המבוטח לפוליסה.

1.29. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים עפ"י פירוט דמי הביטוח ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח קודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.

1.30. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח) או להמשיך את הביטוח (מאחר ונדרשת הסכמת המבוטח לפי תקנות ביטוח בריאות קבוצתי).

1.31. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.

1.32. **"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 או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.

1.33. **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.

1.34. **"רצף ביטוחי"** - הצטרפות מביטוח קודם (כהגדרתו לעיל) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות ו/או ללא תקופת אכשרה, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח את מועד הצטרפותו לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה

יהיו על פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים בלבד. יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודמת.

1.35. **"תאריך הצטרפות"** - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.

1.36. **"שירותי בריאות נוספים (שב"ן)"** - תכנית למתן שרותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.

1.37. **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.

1.38. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".**

1.39. **"תאריך תחילת הביטוח"/ "המועד הקובע" - 1.10.2024.**

1.40. **"תותבת/שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, **למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.**

1.41. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה למעט מקרה ביטוח שארע כתוצאה מתאונה כהגדרתה בסעיף 1.38

מודגש, כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה), דינו כמקרה ביטוח שארע ו/או התגלה לפני הצטרפות המבוטח לפוליסה, והחברה לא תהא אחראית לתשלום תגמולי ביטוח כלשהם בגינו על פי פוליסה זו.

1.42. **"תקופת המתנה"** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה.

במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת ההמתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.

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

1.44. **"תקרת כיסוי"/ "סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.

2. תוקף הפוליסה, אופן ההצטרפות ומבנה הביטוח-

2.1. **תוקף הפוליסה** - פוליסה זו תכנס לתוקפה החל מתאריך תחילת הביטוח.

2.2. **אופן ההצטרפות:**

2.2.1. עובדים קיימים יצורפו לביטוח באופן אובליגטורי (צירוף אוטומטי) במימון מלא של בעל הפוליסה לרבות גילום שווי המס.

2.2.2. בני משפחה של העובד יצורפו לביטוח באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, בני משפחה של העובד יוכלו להצטרף ללא הצהרת בריאות תוך 90 ימים מתאריך תחילת הביטוח. למען הסר ספק לאחר 90 ימים הצרוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.

2.2.3. עובד חדש יצורף באופן אובליגטורי (צירוף אוטומטי) לביטוח במימון מלא של בעל הפוליסה לרבות גילום שווי המס.

2.2.4. בני משפחה של עובד חדש יצורפו לביטוח באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה), לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, בני משפחה של עובד חדש המצטרפים תוך 90 יום מיום תחילת עבודתו, או תוך 90 ימים ממועד הצטרפותם למשפחת העובד (לידה/נישואין) לא יידרשו למלא הצהרת בריאות. למען הסר ספק לאחר 90 ימים הצרוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.

2.2.5. יובהר, כי ילדים שצורפו לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לילדים בוגרים על פי תנאי הפוליסה ימשיכו בביטוח בתעריף ילד בוגר החל מהתאריך בו הגיעו לגיל בוגר כמוגדר כאמור.

2.2.6. ילדים בוגרים (ילדים בגיל 24 ומעלה) יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, ילדים בוגרים המצטרפים תוך 90 יום מיום תחילת הביטוח או ילדים בוגרים של עובד חדש המצטרפים תוך 90 יום מיום תחילת עבודתו, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות.

2.2.7. מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.

2.2.8. **רצף ביטוחי**

עובדי בעל הפוליסה ו/או בני משפחותיהם אשר יצטרפו לביטוח זה בתקופת חלון ההזדמנויות ואשר היה ברשותם ערב ההצטרפות ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר, יהיו רשאים להצטרף לביטוח זה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה בכל הנוגע לפרקי הפוליסה החופפים.

2.2.9. שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה תשלח החברה בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו **או** אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, **או** הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף **או** פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלחה החברה תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום

הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

2.2.10. **צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:**

2.2.10.1. מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

2.2.10.1.1. 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 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

2.2.10.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

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

2.2.10.2. סעיף 2.2.10 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

2.2.10.2.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

2.2.10.2.2. 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.

2.2.10.2.3. 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

3. מבנה הביטוח:

אופן הצטרפות עובדים	צירוף אוטומטי
אופן הצטרפות בני/בנות זוג וילדים	צירוף בהסכמה
אופן הצטרפות ילדים בוגרים	צירוף בהסכמה
פרקי הכיסוי	א'- ו'

4. תקופת הביטוח:

4.1. תקופת הביטוח תהיה 60 חודשים מתאריך תחילת הביטוח ביום 1.10.2024 ועד 30.9.2029.

4.2. בעל הפוליסה יוכל להודיע על ביטול ההסכם בהודעה של 90 יום מראש.

4.3. תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים.

4.4. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה - **סעיף 9 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.**

4.5. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם. **סעיף 4(ג) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.**

5. חובת גילוי:

5.1. (א) הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

(ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.

(ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של ענין שהוא ידע כי הוא ענין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

5.2. ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאית החברה, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח.

5.3. ביטלה החברה את הפוליסה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

5.4. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח סעיף זה, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והחברה פטורה כליל בכל אחת מאלה:

5.4.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה

5.4.2. מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח בניכוי הוצאות החברה.

5.5. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיפים 5.3-5.1 בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

5.5.1. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.

5.5.2. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

5.6. במידה שמדובר בתגמולי ביטוח מסוג פיצוי, המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיפים 5.3-5.1 לאחר שעברו שלוש שנים ממועד תחילת הביטוח של המבוטח, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

6. תום תקופת הביטוח וברות ביטוח

6.1. **הפסקת תקופת הביטוח:**

הפסקת ביטוח תכנס לתוקפה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:

6.1.1. במועד תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 4.1 לעיל;

6.1.2. לפי המוקדם במקרים המנויים בסעיף 6.2.2 להלן;

6.1.3. על פי בקשת המבוטח בכתב למבטח;

6.1.4. במועד סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה - הביטוח יסתיים הן לגבי המבוטח העובד/חבר והן לגבי בני משפחתו המבוטחים.

6.2. **המשכיות בפוליסת פרט:**

6.2.1. במקרים המנויים בסעיף 6.2.2 להלן יתאפשר לעבור לפוליסת פרט (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:

6.2.1.1. פוליסת ההמשך תהיה בהיקף כיסויים דומים (אך לא זהים) לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, המקובלות אצל המבטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות המפקח על הביטוח.

6.2.1.2. דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח בפוליסה דומה על פי גיל המבוטח.

במעבר לפוליסת ההמשך יינתן רצף ביטוחי לכיסויים החופפים ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

6.2.2. האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 6.2 יינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:

6.2.2.1. סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

6.2.2.2. הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם;

6.2.2.3. פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

6.2.2.4. גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

6.2.2.5. במידה ובסיום תקופת הסכם זה, בעל הפוליסה לא כרת הסכם לביטוח בריאות קבוצתי עבור מבוטחיו - בין אם הסכם כאמור ייעשה באמצעות החברה לרבות בשל מיזוג או הצטרפות לביטוח קבוצתי אחר ובין באמצעות מבטח אחר - החברה תאפשר למבוטחי בעל הפוליסה אשר היו מבוטחים בפוליסה במועד סיום ההסכם לעבור בהמשכיות לפוליסות פרט בהיקף כיסויים דומים (אך לא זהים) לאלה הקבועים בפוליסה הקבוצתית שברשותם, המקובלות אצל המבטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית, בכפוף להוראות כל דין לרבות הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון.

6.2.3. במקרים המפורטים בסעיף קטן 6.2.2.1-6.2.2.4, תפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.

6.2.4. ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

7. דמי הביטוח:

7.1. **דמי הביטוח החודשיים בש"ח יהיו כדלקמן:**

סוג מבוטח	פרמיה חודשית בש"ח	אופן התשלום
עובד/ת	155.00	ממומן על ידי בעל הפוליסה (לרבות גילום מס)
בן/בת זוג /ילד מעל גיל 24 שנה	155.00	אמצעי גבייה אישי
ילד עד גיל 24 שנה	35.00	אמצעי גבייה אישי

מילד שלישי ואילך - ללא תוספת פרמיה, ובלבד שבפוליסה קיימים לפחות שני ילדים משלמים.

7.2. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש.

7.3. לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.

7.4. **התאמת פרמיה:**

לאחר 30 חודשים מתאריך תחילת הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני הפוליסה לבחינת הצורך בקיום התאמת דמי הביטוח ו/או שינויים בכיסויים כחלופה להתאמת הפרמיה. במקרה שבו לא ישולמו על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטחים, לפי העניין, דמי הביטוח המותאמים, החברה תהיה רשאית לבטל את ההסכם והפוליסה, בהתאם להוראות הדין.

7.5. **קביעת 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 ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות

את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" -

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

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

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

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

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

8. תביעות ותגמולי ביטוח

8.1. החברה תשלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו או תעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם בכפוף להתקיימותם של כל אלה:

8.1.1. המבוטח הודיע לחברה על קרות מקרה הביטוח מיד לאחר שנודע לו על קרות מקרה הביטוח ועל זכותו לתגמולי הביטוח וקיבל אישור החברה לחבותה על-פי פוליסה זו. **לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהייתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי.** האמור לא יחול במקרה שהמבוטח/ מוטב פנה לחברה באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותו, לא הכביד על הבירור או לא מנעו את הקטנת ההוצאה הוא הנזק בגינם מתבקש תשלומם של תגמולי הביטוח.

8.1.2. המבוטח חתם על כתב וויתור סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הקבלות, הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים הדרושים לחברה לברור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

8.2. החברה תהא זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמה כפי שתמצא לנכון ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון החברה. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

8.3. החברה תהא רשאית על-פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השרות, או לשלמם למבוטח.

8.4. תגמולי ביטוח מכוח פוליסה זו ישולמו במטבע ישראלי.

תגמולי ביטוח בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע ישראלי יוצמדו למדד המחירים לצרכן ממועד תשלומם על-ידי המבוטח ועד למועד תשלום תגמולי הביטוח. תגמולי ביטוח בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע זר, ישולמו לפי שער החליפין היציג של המטבע הישראלי, ביום תשלום תגמולי הביטוח.

המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח המירבי.

8.5. נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח להם זכאי ספק השירות הרפואי, בהתאם להתחייבות החברה.

8.6. נפטר המבוטח, והיה זכאי לקבלת תגמולי ביטוח נוספים, תשלם החברה לעיזבונו ו/או ליורשיו החוקיים.

8.7. היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות על-פי ביטוח זה, במלואן או חלקן, במסגרת פוליסה אחרת בחברת ביטוח אחרת, תהא החברה אחראית ביחד ולחוד עם חברת הביטוח האחרת ביחס להוצאות המכוסות החופפות. המבטחים יישאו בנטל החיוב בינם לבין עצמם לפי היחס שבין סכומי הביטוח.

8.8. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב - סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:

8.8.1. 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 אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.

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

9. תחלוף:

9.1. הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי אדם שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מששילמה למוטב תגמולי ביטוח וכשיעור התגמולים ששילמה.

9.2. החברה אינה רשאית להשתמש בזכות שהועברה אליה לפי סעיף זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן האדם השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולים שקיבל מהחברה.

9.3. קיבל המבוטח מן האדם השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לחברה על-פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה; עשה המבוטח פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך.

9.4. המבוטח מתחייב לשתף פעולה, ככל שיידרש ממנו, לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.

9.5. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

10. חריגים כלליים לכלל פרקי הפוליסה

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, כולו או מקצתו, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או שנגרם במישרין ו/או בעקיפין כתוצאה מהמקרים הבאים:

10.1. מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה.

10.2. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.

10.3. מקרה הביטוח אירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח שארע מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.

10.4. מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו

למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

1. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
2. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

על אף האמור בסעיפים 10.4 א - 10.4 בקטנים לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

הוראות בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

11. מתן מסמכים והודעות למבוטח - סעיפים 6 ,7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי.

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

11.2. על אף האמור בסעיף 11.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין -

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

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

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

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

11.4. 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.

11.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 2.2.10 או בסעיף 7.5 לעיל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 2.2.10.2.2 לעיל; 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 תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

11.5.1. 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.

11.5.2. 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, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

11.5.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 12.3 להלן 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.

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

12. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

12.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.2.10.2 לעיל והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

12.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.2.10 או בסעיף 7.5 לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 2.2.10.2.2 לעיל; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

12.3. על אף האמור בסעיף 4.3.4 לעיל, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1) לתקנות אלו, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

13. הצמדה:

13.1. סכומי הביטוח הקובעים, וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או המבוטח, לפי העניין, צמודים למדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל.

13.2. דמי הביטוח, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכל לפי העניין, צמודים למדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע תשלום דמי הביטוח.

13.3. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל או המדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע התשלום, לפי העניין, לבין המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.

14. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על -פי פוליסה זו, היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. אם עילת התביעה הנה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

15. חוק הביטוח וחוק הבריאות

15.1. הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981 יחולו על פוליסה זו.

15.2. למען הסר ספק, הוראות פוליסה זו כפופות להוראות החוק והרגולציה ואין בהם כדי לגרוע מזכויותיו של המבוטח.

15.3. אם יחולו שינויים בחוק הבריאות או בסל שירותי הבריאות על פי חוק הבריאות, תהא החברה רשאית לערוך את השינויים המתבקשים מכך בפוליסה.

16. הצהרת בעל הפוליסה - סעיף 3 א' 1 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת כי הינו פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

17. שינויים

17.1. החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם.

17.2. בעל הפוליסה מצהיר בזאת כי מודע לכך שגובה דמי הביטוח הקבועים בהסכם זה נקבעו על ידי החברה ואושרו על ידו וזאת על בסיס המצב החוקי והרגולטורי כפי שהיה במועד החתימה על ההסכם. לאור האמור לעיל, מוסכם ומוצהר בין הצדדים כי במידה ויחול שינוי מהותי בשוק ביטוחי הבריאות בישראל - הציבורי והפרטי, לרבות אך לא רק, הגבלה של מתן שירותים על ידי ספקים שבהסדר בלבד ו/או קביעת השתתפות עצמית, תהיה חברת הביטוח רשאית להתאים את הפרמיה במהלך תקופת הביטוח ו/או להפסיק את תקופת הביטוח בתוך 60 יום מהיום בו יחול השינוי.

18. מיסים והיטלים

18.1. בעל הפוליסה או המבוטח, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

18.2. המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום המבוטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם, כאמור, חלק מתגמולי הביטוח.

19. הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

1. הגדרות

1.1. **השתלה:** השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות כמפורט באחד מסעיפים 1.1.1-1.1.3:

1.1.1. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועה, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח; השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושתל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד;

1.1.2. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם;

1.1.3. השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו;

1.2. **טיפול חלופי בישראל:** טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח הניתן לביצוע בישראל, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת באמצעות טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגע באיכות חייו.

1.3. **טיפול מיוחד מחוץ לישראל:** טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח **(למעט השתלה כהגדרתה לעיל),** שרופא מומחה בישראל בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיימים בו אחד מהתנאים הבאים המפורטים בסעיפים 1.3.1-1.3.4 לפחות:

1.3.1. שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל;

1.3.2. הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו;

1.3.3. זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג, ארוך באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח;

1.3.4. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל;

1.4. **רופא מומחה בישראל:** רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;

1.5. **תקופת אכשרה:** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לפרק זה בפוליסה והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

3. כיסוי ביטוחי

פרק זה להשתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל תכלול כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

3.1. **להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח -** כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי כמפורט בסעיף קטן 4.3.

3.2. **להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח -** כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.1 שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.2 וכן פיצוי כמפורט בסעיף קטן 4.3 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:

3.2.1. עבור השתלה כהגדרתה בחלופה בסעיף 1.1.1 - עד 5,000,000 ₪;

3.2.2. עבור השתלה כהגדרתה בחלופה בסעיף 1.1.2 - עד 3,000,000 ₪;

3.2.3. עבור השתלה כהגדרתה בחלופה בסעיף 1.1.3 - עד 150,000 ₪.

3.3. **עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם -** כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.2.2 עד 4.2.7.

3.4. **עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם -** כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים קטן 4.2.2 עד 4.2.7 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,000,000 ₪.

4. התחייבות החברה

יובהר כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח.

4.1. בקרות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח בגין ההוצאות המפורטות להלן - שיפוי מלא, בכפוף להוראות ולתקרות סכומי הביטוח המפורטים בסעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:

4.1.1. הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה;

4.1.2. הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד;

4.1.3. הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;

4.1.4. הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין, והוצאות שיבתם לישראל;

4.1.5. הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;

4.1.6. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;

4.1.7. הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ;

4.2. להוצאות המפורטות להלן - **שיפוי** לפי תקרות הסכומים המופיעות לצדן, ובכפוף לסעיפים קטנים 3.4-3.1 לעיל:

4.2.1. הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל - עד 300,000 ₪;

4.2.2. הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל לרבות טיסות הלוך ושוב לחו"ל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים - עד 200,000 ₪;

4.2.3. הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה - עד 250,000 ₪;

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

4.2.5. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים;

4.2.6. הוצאות לטיפולי המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל - עד 200,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע ההשתלה, ועד 150,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל;

4.2.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ₪;

4.3. להוצאות המפורטות להלן - **פיצוי** לפי סכומים המופיעים לצדן, ובכפוף להוראות סעיפים קטנים 3.4-3.1 לעיל:

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

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

4.3.3. השתלה שבוצעה מחוץ לישראל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבטח - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪;

5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

6. חריגים

בנוסף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה, פרק זה להשתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל מחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

6.1. מקרה ביטוח שאירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

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

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

6.4. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;

6.5. השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה: "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

6.6. השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה;

6.7. מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל;

6.8. טיפולי רפואה משלימה;

6.9. טיפולים נפשיים;

6.10. לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

6.10.1. טיפול מיוחד מסיבה של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה;

6.10.2. טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

פרק ב': ביטוח תרופות מחוץ לסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות נוספות לפרק זה

1.1. **בדיקה גנטית** - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל שירותי הבריאות;

1.2. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה לפי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך;

1.3. **מדינות מוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA);

1.4. **מרשם** - מסמך רפואי חתום ביד רופא מומחה או רופא בית חולים, לפי בחירת המבוטח, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ומורה על אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש;

1.5. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות שנותנות קופות החולים לחבריהן, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תכנית השב"ן;

1.6. **רופא מומחה** - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה;

1.7. **רשות מוסמכת** - הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות למתן רישיון או היתר לשיווק תרופות חדשות לפי הדין החל במדינה בה משווק התרופה.

1.8. **תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח;

1.9. **המחיר המירבי המאושר לתרופה** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.

1.10. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, שנועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה;

1.11. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה;

1.12. **תרופה מיוחדת** - תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.

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

1.13.1. תרופה שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כפלשהו;

1.13.2. תרופה שרשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש כלשהו, אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך באמות מידה רפואיות מקובלות ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;

1.13.3. תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני;

1.14. **תרופה Off Label** - תרופה, שהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שאחד מהמפורטים להלן הכיר ביעילות התרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח:

1.14.1. פרסומי ה-FDA;

1.14.2. American Hospital Formulary Service Drug Information;

1.14.3. US Pharmacopoeia - Drug Information;

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

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

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

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

1.14.5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, באחד מה-National Guidelines שמפרסם אחד מהבאים לפחות:

1.14.5.1. NCCN;

1.14.5.2. ASCO;

1.14.5.3. NICE;

1.14.5.4. Esmo Minimal.Recommendation

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים האלה:

2.1. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, לפי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:

2.1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;

2.1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;

2.1.3. תרופה OFF LABEL;

2.1.4. תרופת יתום שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, **למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, לפי קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם;**

2.1.5. תרופה מיוחדת;

2.2. מצבו הרפואי של המבוטח מצריך לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי ותגמולי הביטוח

3.1. פרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי לכל תקופת הביטוח, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:

3.1.1. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪.

3.1.2. בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪, ולא יותר מ-200,000 ₪ בחודש.

3.1.3. סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1, אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי - עד 250 ₪ ליום ועד 60 ימים.

3.1.4. בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-40,000 ₪ עבור כל מקרה ביטוח.

3.1.5. תקרות הסכומים המפורטות בסעיפים 3.1.1-3.1.4 לעיל יתחדשו אחת לכל תקופה של שנתיים, שתחילתה במועד תאריך תחילת הביטוח של הפוליסה לכלל המבוטחים.

3.2. סכום השיפוי המירבי לתרופה לא יעלה על המחיר המירבי המאושר לתרופה. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המירבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל. במידה ולתרופה אין מחיר מירבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום שיפוי לפי המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.

4. השתתפות עצמית

4.1. סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1-2.1.4 לעיל - 300 ₪ לתרופה, לאותו חודש.

4.2. סכום ההשתתפות העצמית החודשים בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.1.5 - 500 ₪ לתרופה, לאותו חודש.

4.3. על אף האמור בסעיפים קטנים 5.1 ו-5.2 לעיל, לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪.

5. חריגים

בנוסף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה, פרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות מחריג מכיסוי את המקרים האלה ואת התרופות האלה:

5.1. מקרה ביטוח שאירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

5.2. טיפול תרופתי שניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה;

5.3. תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים;

5.4. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי;

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

5.6. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;

5.7. תרופה ניסיונית;

5.8. תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה;

5.9. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging;

5.10. טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס), למעט למבוטחים שהם נשאים או חולים;

5.11. תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

5.12. שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.

5.13. מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.

5.14. קנבוס - כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש), התשל"ג-1973; יובהר כי החריג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, שמכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.

6. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה לכיסוי תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

פרק ג': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

1. הגדרות

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

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

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

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

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

רופא מומחה בישראל: רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;

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

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

2. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, **ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח, טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו, אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח.**

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

3. כיסוי ביטוחי

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

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

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

לעניין זה, "עלות הניתוח בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לאותו הניתוח בישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח,

תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות;

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

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

תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

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

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

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

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

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

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

3.5. בקרות מקרה הביטוח יינתן **שיפוי עד לגובה הכיסוי** ותקרת הסכומים המפורטים לצדן עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיפים 31 ו-3.2 לעיל:

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

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

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

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

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

3.5.6. הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:

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

3.5.6.2. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח

הוא קטין עד 1,500₪ ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום;

3.5.6.3. הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב - עד 250₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול;

3.5.6.4. הוצאות עבור מוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלבנטי החליט על הצורך בהחלמה - עד 400₪ לכל יום;

3.5.6.5. הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000₪;

3.6. נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח תשלם החברה למוטב, אותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה 150,000₪.

4. חריגים מיוחדים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על-פי פרק זה במקרים הבאים:

4.1. מקרה ביטוח שאירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים;

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

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

4.5. מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל;

4.6. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;

4.7. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון, והפלה;

4.8. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:

4.8.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

4.8.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

4.9. טיפולי רפואה משלימה;

4.10. טיפולים נפשיים;

4.11. השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל;

4.12. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

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

5. תקופת אכשרה

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

פרק ד': ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית

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

1. הגדרות

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

1.1 בית חולים פרטי:

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

אחד מאלה:

- בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013;
- בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2 התייעצות:

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

1.3 טיפול מחליף ניתוח:

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

1.4 מרפאה כירורגית פרטית:

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

1.5 ניתוח:

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

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

1.6 קופת חולים:

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

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

1.7 רופא מומחה:

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

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

1.8 שתל:

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

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

1.9. תקופת אכשרה:

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

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

2. מקרה הביטוח

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

3. תגמולי ביטוח

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

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

בקרות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

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

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

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

3.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח, בשל נסיבות מסויימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן, כהגדרתה בסעיף 5 להלן, או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר **ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.** יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 3.2 זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

3.3. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן)

וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן בהתאם לניתן בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" **ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 3.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.**

4. הכיסוי הביטוחי

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

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

4.2. **שכר מנתח;**

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

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

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

5. זכאות לברות ביטוח

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

6. חריגים

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

6.1. מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

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

6.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:

6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

6.3.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

6.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;

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

6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

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

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

6.9. 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.

6.10. מקרה ביטוח שאין לחברה לגביו הסדר הסדר ניתוח, עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי למעט כאמור בסעיף 3.1.2 לעיל.

7. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

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

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

8. התחייבות המבוטח

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

9. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

9.1. פרק זה כפוף לכל התנאים הכלליים.

9.2. כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים, יחייב לעניין פרק זה רק אם נכלל במפורש בפרק.

9.3. במקרה של סתירה בין האמור בפרק זה לבין האמור בפרק אחר של הפוליסה ואו בתנאים הכלליים, יחייבו לעניין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה הוראות פרק זה.

10. תקופת אכשרה

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

10.2. על אף האמור בסעיף 10.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

פרק ה': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

1. מקרה ביטוח

הזדקקותו של המבוטח לאחד מהשירותים האמבולטוריים המפורטים להלן שלא בעת אשפוז הנובעת מבעיה רפואית פעילה.

2. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

החברה תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל (למעט אם מפורט אחרת בסעיף), בגין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה, אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט להלן.

2.1. **חוות דעת רפואית בישראל** עד 800₪ להתייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה או פסיכיאטר) ועד סה"כ 3 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.

2.2. **חוות דעת רפואית שניה בחו"ל** (לאחר חוות דעת ראשונה כמוגדר להלן) - מבוטח יהא זכאי לחוות דעת בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה, כמוגדר לעיל, עד 4,000₪ למקרה ביטוח.

"חוות דעת ראשונה" - דו"ח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המבוטח וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות; צילומי רנטגן, M.R.I, C.T, U.S.., בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה."

2.3. **בדיקות רפואיות אבחנתיות**

בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה Capsule Wireless Endoscopy, (P.E.T), תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון או לקביעת דרכי טיפול.

עד 4,000₪ למבוטח לשנת ביטוח (עד 5,000₪ לבדיקת MRI) ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

2.4. **טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים** לפי הוראת רופא, עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ועד 180₪ לטיפול ובכל מקרה לא יותר מ-2,200₪ למבוטח לשנת ביטוח.

2.5. **טיפולים רדיותרפיים** עד 8,500₪ למבוטח לשנת ביטוח.

2.6. **השתתפות בהפריה חוץ גופית (IVF):** מבוטחת אשר זקוקה לטיפול הפריה חוץ גופית (IVF) על פי הפניית רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקויי פריון, תהא זכאית לכיסוי בגובה 8,000₪ לכל ילד ועד 2 ילדים, לכל תקופות הביטוח.

2.7. **השתתפות בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים:** מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות לגידולים ממאירים באמצעות מעבדות "ONCOTEST", עד 4,000₪ למקרה ביטוח.

2.8. **בדיקות לרפואה מונעת:** למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות עצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, עד 280₪ לבדיקה, אחת ל-3 שנים (לכל בדיקה).

2.9. **השתתפות בבדיקות מיוחדות לנשים בהריון:**

המבטח ישתתף בעלות של בדיקות הריון שבוצעו בגופה של מבוטחת, עד תקרה של 3,000₪ להריון ובמקרה של הריון מרובה עוברים - עד 5,000₪ להריון. בדיקות ההריון כוללות: חלבון עוברי, שקיפות עורפית, 2 סקירות, מי שפיר או בדיקה אחרת שמטרתה זהה, אקו לב לעובר.

כמו כן, ישתתף המבטח בהוצאות בדיקות גנטיות טרום הריון לשלילת מומים מולדים שבוצעו במבוטחת במהלך תקופת הביטוח. עד 1,000 ₪ למבוטחת פעם בתקופת ביטוח.

3. חריגים מיוחדים

סעיף החריגים הכלליים בפוליסה שאליה צורף פרק זה, חל גם על פרק זה. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

3.1. בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט בדיקות הריון.

3.2. ניתוחים וטיפולים הקשורים בשיניים.

3.3. התאבדות או ניסיון לכך, וכן פגיעה עצמית.

3.4. אלכוהוליזם או שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.

3.5. טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ובכלל זה מוטציה ו/או וריאציה דומה אחרת ו/או טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת הצהבת לסוגיה השונים.

3.6. מקרה ביטוח שאירע עקב שירות המבוטח בגוף בטחוני (שאינו צבאי) או משטרתי.

3.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית, או בשל השתתפות המבוטח בפעילות משטרתית או מקרה ביטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי לרבות תרגילים/ אימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבע, שירות במילואים או צבא סדיר.

3.8. מקרה ביטוח שנגרם או הינו תוצאה של סיבוכי הריון ו/או לידה, פריון ו/או עקרות.

3.9. מקרה ביטוח שאינו נובע מצורך רפואי לרבות מקרה ביטוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוחי תשבורת (תיקון ראייה) וניתוח להפחתת משקל.

3.10. מקרה ביטוח שנגרם עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

3.11. מקרה הביטוח הינו טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים.

3.12. מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה אצל המבוטח.

3.13. מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקות או טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות באחת או יותר מהמדינות המוכרות. לעניין זה המדינות המוכרות הנן - ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

לעניין זה טיפול ניסיוני הינו טיפול רפואי ניסיוני ו/או טיפולים רפואיים הדורשים אישור וועדת הלסינקי ו/או אישור מכל גורם אחר שבא במקום ועדת הלסינקי ו/או אשר ממומנים על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/ הטיפול.

4. תקופת אכשרה

במקרה של כיסוי הקשור בהיריון תהא תקופת אכשרה של 270 יום. למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה.

פרק ו': שירות לאבחון רפואי מהיר

פרק זה יספק שירותים כמפורט להלן, ובכפוף לתנאים הכלליים בפוליסה ולהוראות ולסייגים ולחריגים המפורטים להלן. **השירות הניתן על פי פרק זה ניתן על ידי ספק שירות, שאינו החברה,** בהתאם לתנאים ולמגבלות המפורטים להלן.

1. הגדרות

אם צוין בדף פרטי הביטוח כי פרק זה הינו בתוקף, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בתכנית שירות זו בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן. בפרק זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.

1.1. **ספק השירות** - אנשי הצוות הרפואי, המעבדות, המכונים, האמצעים הטכנולוגיים ועובדי הגוף עימו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בפרק זה.

1.2. **המבטח או חברת הביטוח** - הראל חברה לביטוח בע"מ.

1.3. **מנוי** - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא פרק זה, אשר שמו/ה ותעודת זהותו/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בפרק זה.

1.4. **ילד** - ילד עד גיל 24 אשר שמו/ה ותעודת זהותו/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי/ה.

1.5. **דף פרטי הביטוח** - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לפרק זה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.

1.6. **רופא** - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג-1973.

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 או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.

1.8. **רופא ממיין** - רופא מומחה עמו התקשר ספק השירות בקשר למתן השירותים המפורטים בפרק זה.

1.9. **מוקד השירות** - שירות טלפוני הפעיל בכל ימות השנה (למעט בשבת, ערבי שבת וחג), עד השעה 19:00, שיפעיל הספק עבור המנויים לשם קבלת השירותים על פי פרק זה.

מספר הטלפון של מוקד השירות של ספק השירות עבור מנויי הראל הוא: 159-9-50-30-60.

1.10. **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - בדיקות המבוצעות אצל ספק השירות למנוי במסגרת תהליך אבחון המבוצע מכוח פרק זה, כגון בדיקות פיסיולוגיות, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה למעט הבדיקות המוחרגות בסעיף 3 להלן.

1.11. **תהליך אבחון (Diagnosis)** - תהליך רפואי שעובר מנוי כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה, על פי סימנים ותסמינים, באמצעות רופא מומחה ובדיקות רפואיות אבחנתיות.

1.12. **אשפוז:** שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, לפחות 24 שעות ברציפות, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז, **למעט מחלקות שיקום.**

1.13. **תקופת אכשרה** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי ממועד כניסתו לתוקף של פרק זה לגבי המנוי, ומסתיימת בתום 60 יום ממועד כניסת פרק זה לתוקף לגבי המנוי שבמהלכה לא יהיה זכאי המנוי לקבלת השירותים מכוח פרק זה (למעט שירותים הנדרשים בעקבות תאונה). תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופה

שבה הוא מנוי ברצף, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לפרק זה מחדש, בתקופות שירות בלתי רצופות.

הספק לא יספק שירות כמפורט בפרק זה לפני תום תקופת האכשרה.

1.14. **השתתפות עצמית** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו על מנת לקבל שירותים ע"פ פרק זה, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק לפי קביעת הספק ובשום מקרה ואופן לא באמצעות החברה.

1.15. **המדד** - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

1.16. **מדד הבסיס** - מדד 11789 אשר פורסם ביום - 15.4.11

1.17. **חג** - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

2. שירות אבחון

2.1 השירות

2.1.1. המנוי יהא זכאי לתהליך אבחון כמפורט להלן:

2.1.1.1. נזקק מנוי לשירות על פי פרק זה, יפנה למוקד השירות ויזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות שלו ופרטים אישיים נוספים כפי שיידרש. נציג השירות יקבע למנוי תור לתחילת תהליך אבחון בסיסי כמפורט בסעיף 2.1.1.5-2.1.1.6 להלן כך שתהליך האבחון האמור יתקיים תוך **3 ימי עבודה** ממועד פנייתו של המנוי. לקבלת השירות על פי ס"ק זה על המנוי לשלם **השתתפות עצמית בסך של 180 ₪.**

2.1.1.2. **שיחה טלפונית עם רופא:** בנוסף לאמור לעיל, מנוי המעוניין בשיחה טלפונית עם הרופא הממיין, יעביר לספק השירות את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים ככל שיש כאלה. לאחר קבלת המסמכים הרפואיים, הרופא הממיין ישוחח עם המנוי **טלפונית תוך יום עבודה** אחד ממועד קבלת המסמכים. יובהר כי במקרה זה, על המנוי לשלם בגין השיחה **השתתפות עצמית בסך 100 ₪.** יובהר כי, במקרה ששילם המנוי השתתפות עצמית כאמור לעיל, ויבצע תהליך אבחון בסיסי כמפורט בסעיף להלן, סך ההשתתפות העצמית בגין קבלת השירות על פי סעיף זה וסעיף 2.1.1.6 תהיה 180 ₪.

2.1.1.3. **השירותים נשוא** פרק זה **יינתנו אצל ספק השירות בלבד במתקנים אשר ייעודו לכך על ידי ספק השירות.**

2.1.1.4. מנוי אשר זומן על ידי ספק השירות לביצוע תהליך אבחון יתייצב במקום ובשעה המיודעים, כפי שנמסרו לו במהלך הזימון ויביא עמו את המסמכים הרפואיים הרלוונטיים.

2.1.1.5. מנוי אשר זומן לתהליך אבחון יהא זכאי לביצוע כל הבדיקות הנדרשות המבוצעות אצל ספק השירות, כפי שייקבעו על פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הממיין מטעם ספק השירות, לשם אבחון הבעיה הרפואית בגינה פנה לקבלת השירות.

יובהר, שאם במהלך תהליך האבחון תימצא בעיה רפואית ו/או מחלה ו/או הפרעה נוספת על זו שבגינה פנה המנוי לקבלת השירות, יבצע ספק השירות תהליך אבחון לבעיה /ואו המחלה ו/או ההפרעה הנוספת וכל תהליכי האבחון אשר יבוצעו במסגרת אותה פניה יחשבו כתהליך אבחון אחד לכל דבר ועניין.

2.1.1.6. **תהליך אבחון בסיסי**

במסגרת תהליך האבחון יהא המנוי זכאי לפגישה ראשונית עם רופא ממיין אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון. בדיקות אלו ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות בסמוך למועד הפגישה הראשונית כאמור לעיל. בסיום הבדיקות ימסור הרופא הממיין דו"ח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון. כאמור בסעיף 2.1.1.1 לעיל, **על המנוי לשלם בגין תהליך האבחון המתואר בסעיף זה לעיל השתתפות עצמית בסך 180₪.**

2.1.1.7. **תהליך אבחון מקיף**

במידת הצורך על פי המצב הרפואי של המנוי ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הממיין, ובטרם הסתיים תהליך האבחון, יופנה המנוי לבדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות לאלו המפורטות בסעיף 2.1.1.6 לעיל. בדיקות הדמייה: CT, MRI, ממוגרפיה, מיפויים, CT PET, ביופסיות בשד. בדיקות אלו ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות **תוך 3 ימי עבודה.** בדיקות פולשניות אחרות יתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות תוך 7 ימי עבודה. במקרה זה יתייעץ הרופא הממיין עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי בנוגע למצב הרפואי של המנוי ובסיום הבדיקות וההתייעצות ימסור הרופא הממיין דו"ח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון. **על המנוי לשלם בגין תהליך האבחון המתואר בסעיף זה לעיל השתתפות עצמית בסך 500₪ במצטבר.** (יובהר כי במקרה זה לא תיגבה השתתפות עצמית נוספת וסך זה הנו כולל גם את השירות כאמור בסעיף 2.1.1.6 לעיל).

2.1.1.8. **אבחון על ידי רופא מומחה בתחום גניקולוגיה**

בנוסף לאמור בסעיפים 2.1.1.7-2.1.1.6 לעיל, במקרה של צורך באבחון מצבי תחלואה **בתחום הגניקולוגיה,** הרופא הממיין יהיה רופא מומחה בתחום הרלוונטי כמפורט לעיל. ההשתתפות העצמית במקרה זה תהיה כמפורט להלן:

לתהליך אבחון על ידי רופא מומחה בתחום על פי סעיף 2.1.1.6 לעיל: סך של 300₪.

לתהליך אבחון על ידי רופא מומחה בתחום על פי סעיף 2.1.1.7 לעיל: סך של 700₪ במצטבר. (יובהר כי במקרה זה לא תיגבה השתתפות עצמית נוספת וסך זה הנו כולל גם את השירות כאמור בסעיף 2.1.1.6 לעיל).

2.1.1.9. **בדיקות עבור ילד מנוי עד גיל 14**

למרות האמור בסעיפים 2.1.1.8-2.1.1.6 לעיל, במקרה של צורך באבחון ילד מנוי עד גיל 14, יבוצעו כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות לשם אבחון מצבו הרפואי של המנוי תוך פרק הזמן הנקוב בסעיפים האמורים לעיל, ובהתאם להפניית רופא מומחה שיציג המנוי. **יובהר כי במסגרת פרק זה, לא יתקיים תהליך אבחון על ידי רופא ממיין או רופא מומחה מטעם ספק השירות ולא יינתן דו"ח אבחון לילד מנוי עד גיל 14,** אלא אפשרות לביצוע בלבד של הבדיקות האבחנתיות הדרושות על פי הפניית רופא מומחה שיציג המנוי. **על המנוי לשלם בגין השירות על פי ס"ק זה השתתפות עצמית בסך 150₪.**

2.1.1.10. בתום תהליך האבחון יספק ספק השירות למנוי העתקים של תוצאות הבדיקות הרפואיות האבחנתיות, והרשומות הרפואיות שנערכו במסגרת תהליך האבחון. במידת האפשר, תוצאות בדיקות הדמייה יסופקו למנוי על גבי מדיה ממוחשבת.

2.1.1.11. ספק השירות יפעל, בכפוף לאילוצים ושיקולים רפואיים, לרכז את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות במסגרת תהליך האבחון במספר ימים מצומצם כמפורט בסעיפים לעיל. ספק השירות יפעל לביצוע בדיקות שאינן מחייבות הכנה מוקדמת (צום, נטילת תרופות וכיו"ב) במסגרת יום אחד, בכפוף לאילוצים רפואיים. בדיקות המחייבות הכנה מוקדמת יבוצעו במועד שייקבע בין ספק השירות למנוי ובכל מקרה תוך הזמן המפורט בסעיפים 2.1.1.6-2.1.1.7 לעיל.

2.1.1.12. **אשפוז בחדר פרטי אצל ספק השירות במהלך בדיקות אבחון או לאחר ניתוח**

במקרה של ביצוע בדיקה במסגרת תהליך האבחון או ניתוח אצל ספק השירות, אשר בעקבותיהם נזקק המנוי לאשפוז, יהיה זכאי המנוי למימון הוצאות האשפוז בחדר פרטי בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מההוצאה בפועל ולא יותר מסך השתתפות עצמית של 200₪ ליום.

2.1.1.13. ספק השירות יפעל להשלים את תהליך האבחון וגיבוש המסקנות תוך מספר הימים הקטן ביותר, בכפוף לאילוצים רפואיים. בכל מקרה לא תעלה התקופה על **3 ימי עבודה** ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת.

2.2. ספק השירות מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא פרק זה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף 2.1 לעיל.

3. חריגים

3.1. השירות לא יכלול שירות רפואי שאינו בדיקות רפואיות אבחנתיות בלבד ולא יכלול בדיקות שאינן מבוצעות על ידי ספק השירות.

3.2. השירות לא יכלול טיפול רפואי או טיפול תרופתי מכל סוג שהוא.

3.3. השירות לא יכלול אבחון פסיכיאטרי ו/או הפרעות נפש ו/או מחלות נפש.

3.4. השירות לא יכלול בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז.

3.5. השירות לא יכלול אבחון מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים, פה ולסת.

3.6. יובהר כי לא יתבצע תהליך אבחון ולא יינתנו שירותים על פי פרק זה ללא תאום מראש עם מוקד השירות. כן יובהר כי השירותים בגין פרק זה, אינם באים במקום פנייה לחדר מיון בהתאם לצורך הרפואי.

3.7. השירות לא יכלול בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להיריון/ ו/או לידה, פריון ו/או עקרות.

3.8. במסגרת פרק זה, לא יתקיים תהליך אבחון על ידי רופא ממיין או רופא מומחה מטעם ספק השירות ולא יינתן דו"ח אבחון לילד מנוי עד גיל 14.

4. כללי

4.1. הזכות לקבלת השירות על-פי פרק זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר קבלת השירות מותנית בהצגת תעודה מזהה לשביעות רצון ספק השירות.

4.2. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא פרק זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות.

4.3. בכל ענין הקשור בקבלת השירותים על-פי פרק זה על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות.

4.4. המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו, במספר הטלפון של ביתו.

4.5. בשבת, בערבי שבת וחג וכל יום לאחר השעה 19:00 לא תתקיים פעילות שירות אבחון.

4.6. במקרה שפעילות ספק השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע כתוצאה מפעולות מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, פעולות טרור, איתני הטבע, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת ספק השירות, יהיו תנאי פרק זה או כל חלק מהם שספק השירות לא יהא מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני ספק השירות יפגע, יושהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך אותה תקופה.

4.7. יובהר כי המבטח לא יהא אחראי על הוצאות שהוציא המנוי, החורגות מהשירות המפורט בפרק זה.

5. השתתפות עצמית והפרמיה

5.1. המנוי ישלם השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 2 לעיל, עבור כל תהליך אבחון.

התשלום יכלול למנוי את הזכאות למפורט להלן:

5.1.1. מפגש ראשוני עם רופא ממיין.

5.1.2. כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות לשם אבחון מצבו הרפואי של המנוי, על פי סוג האבחון המפורט לעיל (בסיסי ומקיף) כפי שיקבעו על ידי רופא ממיין במהלך המפגש הראשוני, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי.

5.1.3. דו"ח אבחון ושיחת סיכום עם רופא ממיין.

5.2. הסכומים האמורים - הפרמיה (לרבות סכומי ההשתתפות העצמית) כוללים מע"מ בשיעור של 17%. היה ויחול שינוי בשיעור המע"מ, ישתנו סכומים אלה בהתאם.

5.3. במקרה שהמבוטח מבוטח בפרק לשירותים רפואיים אמבולטוריים בחברה הכולל כיסוי לקבלת חוות דעת רפואית, יהיה רשאי המבוטח לקבל החזר בגין ההשתתפות העצמית על פי פרק זה, על פי התנאים הנקובים בפרק האמור.

5.4. **במקרה שהמנוי קיבל התחייבות מקופת החולים בה הוא חבר, למימון בדיקות הדרושות לתהליך האבחון כמפורט בסעיף 2.1.1.7 לעיל, תופחת ההשתתפות העצמית בהתאם, אך בכל מקרה ישלם המנוי השתתפות עצמית שלא תפחת מ-180 ₪.**

5.5. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא ספק השירות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

6. תקופת תוקפה של תכנית השירות

6.1. לעניין תוקפו של פרק זה יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של הפוליסה, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל את פרק זה אם יוחלט על ידיה לבטלו או לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 90 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.

6.2. ההשתתפות העצמית בגין פרק זה יהיו צמודים למדד הבסיס ויעודכנו אחת לחודש. בנוסף, אם יידרש בהתאם לתוצאות העסקיות, יעודכנו התנאים והסכומים האמורים אחת ל-12 חודשים בלבד, ולא לפני ה-1.6.2012.

6.3. מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של פרק זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על-פי פרק זה. במקרה שהמנוי התחיל בתהליך אבחון נשוא פרק זה לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את התהליך יושלם התהליך עד סופו.

פרטי התקשרות

אלדור ביטוח

04-8738881

דורון שביט

0502269526

doron@eldorins.co.il

נמרוד שביט

0502699788

nimrod@eldorins.co.il

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000

וואטסאפ 052-7544589

ניתן להגיע אלינו גם באמצעות הלינק:
www.harel-group.co.il/t/BFQJFV

אבא הלל 3, בית הראל,
ת"ד 10951, רמת גן 5252202



סטודיו הראל 46679.2

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

אתר הראל:
www.harel-group.co.il

הראל
ביטוח ופיננסים