



# ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי סמסונג ובני משפחותיהם



**עובדת/ יקר/ה,**

בימים אלה, הסתיים תהליך ארוך לחידוש ושדרוג תכנית ביטוח הבריאות הקולקטיבית של החברה. הצבנו לעצמנו כמטרה, לבנות פוליסת ביטוח בריאות שתיתן מענה רחב ומקיף לעובדים ובני משפחתם. לכן בתכנית החדשה הוגדלו היקפי הכיסויים ושופרו התנאים בנושאים כמו תרופות שאינן בסל הבריאות, בדיקות הריון ועוד.

תכנית זו, באה לתת מענה לחסרונותיה של הרפואה הציבורית בישראל המוגבלת במשאביה ומתקשה לתת את הפתרונות במקרה של צורך רפואי בשעת צרה, וכוללת כיסויים שאינם מכוסים באופן מלא ומספק במסגרת השב"ן (ביטוח משלים) בקופת החולים.

התכנית נועדה להעניק לך ולבני משפחתך את ההגנה והביטחון עבור המקרים המכוסים בה. אנו מייחסים לתכנית זו חשיבות רבה לשמירה על איכות חיים ולעיתים אף להצלחת חיים.

בחוברת זו תמצא/י מידע המפרט את הכיסוי הביטוחי בתכנית, את אופן צירוף בני המשפחה וכיצד עליך לנהוג במקרה של תביעה. החברה מבטחת את עובדיה עם תחילת עבודתם בחברה בתכנית.

**בריאות טובה ושלא נזדקק...**

**אורית שטיינברג**

**סמנכ"ל משאבי אנוש**

**סמסונג סמיקונדוקטור ישראל**

## תוכן עניינים

- 4.....(על פי תקנות "גילוי נאות").
- 8..... פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח.
- 11..... פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי סמסונג ישראל בע"מ.
- 23..... פרק א': ביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים.
- 26..... נספח 1 לפרק א': טיפולים מחליפי ניתוח.
- 28..... נספח 2 לפרק א': ביטוח לניתוחים פרטיים בחו"ל.
- 30..... פרק ב': ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל.
- 33..... פרק ג': ביטוח לתרופות מיוחדות.
- 37..... פרק ד': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים.
- 40..... פרק ה': שירותים רפואיים ייחודיים.
- 49..... פרק ו': שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית).
- 50..... פרק ז': נספח "עזרה" למקרה ניתוח.
- 51..... פרק ח': ביטוח ליעוץ רפואי מיוחד.
- 53..... פרק ט': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים.
- 57..... איך לנהוג בעת תביעה?.

# ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה

## (על פי תקנות "גילוי נאות")

| נושא | סעיף             | תנאים   |
|------|------------------|---|
| כללי | שם הפוליסה       | פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי סמסונג ישראל בע"מ.  |
|      | שם בעל הפוליסה   | סמסונג ישראל בע"מ.  |
|      | הכיסויים בפוליסה | ביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, ביטוח לניתוחים פרטיים בחו"ל, ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ביטוח לתרופות מיוחדות, ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים, שירותים רפואיים ייחודיים, שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), "עזרה" למקרה ניתוח, ביטוח לייעוץ רפואי מיוחד, כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים.   |
|      | משך תקופת הביטוח | החל מיום 1.12.2013 ועד ליום 31.7.2020.  |
|      | המשכיות          | <p>למוטב המבוטח במסגרת הסכם זה יתאפשר לעבור לפוליסת פרט לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבוטח בפוליסה דומה ועל פי גיל המוטב באותו מועד. על התעריפים תינתן הנחה של 30% ל-5 שנים.</li> <li>■ במעבר לפוליסת המשך יהיה ברצף ביטוחי ללא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה לגבי הכיסויים הקיימים בפוליסה זו.</li> </ul> <p>האפשרות למעבר לפוליסת המשך לעיל, תינתן למי שהיה מבוטח ברציפות בפוליסה קבוצתית של אותה קבוצת מבוטחים בסמוך לפני מועד הפסקת הביטוח הקבוצתי, בין אצל החברה ובין אצל מבוטח אחר, וזאת במקרים ובתנאים המפורטים להלן, ובלבד שהמוטב לא מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה הקבוצתית הקיימת במועד המעבר לפוליסת המשך:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ סיום היחסים בין המוטב לבין המבוטח או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;</li> <li>■ הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבוטח כלשהו לגבי כלל המוטבים או לגבי חלק מהם;</li> <li>■ פטירה שבשלם המוטב מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;</li> <li>■ גירושין שבשלם המוטב מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.</li> </ul> |

| תנאים  | סעיף                 | נושא |
|--|----------------------|------|
| <p>במקרים המפורטים לעיל (למעט במקרה של גירושין), תפנה החברה בכתב לכל מוטב שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המוטב לפוליסת המשך, הביטוח הקבוצתי לא חודש למוטב אצל מבטח אחר או שהמוטב אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.</p> <p>במקרה של גירושין, המבטח יאפשר לכל מוטב שיפנה אליו בתוך 90 יום ממועד הפסקת הביטוח לגביו לעבור לפוליסת המשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למוטב.</p> | המשכיות              | כללי |
| תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים. במידה ולא הגיעו הצדדים להסכמה, ההסכם יבוטל לאחר הודעה במפורש ובכתב של 90 ימים לפחות.  | תנאים לחידוש אוטומטי |      |
| <p>60 יום, למעט שירותים רפואיים ייחודיים, שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), "עזרה" למקרה ניתוח. בכיסוי מורחב לניתוחים - במקרה של גרידה או ניתוח קיסרי תהא תקופת אכשרה של 365 יום, בביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים - במקרה של טיפולים המבוצעים ע"י רופא שיניים, תהא תקופת האכשרה בת 365 יום, במקרה של בדיקות מיוחדות לנשים בהריון - תהיה תקופת אכשרה מיוחדת בת 270 יום, בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים - במקרה של גרידה או ניתוח קיסרי תהא תקופת אכשרה של 365 יום.</p> <p>למרות האמור לעיל, על מוטבים אשר היו מבוטחים בהסכם הקודם, לא תחול תקופת אכשרה לגבי הכיסויים שהיו בהסכם הקודם.</p>  | תקופת אכשרה          |      |
| בכיסוי מורחב לניתוחים סעיף 4 (אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח), תהיה תקופת המתנה של 90 יום.   | תקופת המתנה          |      |
| <p>בפרק ג' (טיפול תרופתי מיוחד) - השתתפות עצמית למרשם של 224₪ לחודש אך לא יותר מ-448₪ לחודש בגין סך כל המרשמים. בפרק ד' (ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים) - השתתפות עצמית של 20%, למעט בסקירת מערכות, בדיקות מי שפיר / סיסי שלי, בדיקות שיקוף עורפי וטיפולים פסיכולוגיים - השתתפות עצמית של 25%.</p> <p>במקרים בהם בן הזוג של העובדת מבוטח במסגרת מקום עבודתו באמצעות הסכם קבוצתי אחר הכולל כיסוי לבדיקות הריון, יינתן כיסוי בגובה 50% מהתקרה הקבועה.</p> <p>בפרק ו' (שירותים רפואיים ייחודיים) - השתתפות עצמית של 25₪ לביקור רופא לילי, השתתפות עצמית של 80₪ לפגישה ראשונה ליעוץ פסיכולוגי ו-100₪ ל-11 הפגישות הנוספות.</p> <p>פרק ז' (שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית) - השתתפות עצמית של 30%.</p>        | השתתפות עצמית        |      |

| נושא                            | סעיף  | תנאים   |
|---------------------------------|---|---|
| שינוי תנאים                     | שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח   | ללא שינוי.  |
| פרמיות                          | גובה הפרמיה   | עבור עובד/ת - 88.56 ש"ח עבור בן/בת זוג - 88.56 ש"ח<br>עבור ילד/ה עד גיל 24 - 22.68 ש"ח (מהילד הרביעי ואילך - ללא תוספת פרמיה).<br>למוטב אשר יבחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים יהיו כדלקמן: עבור עובד / ת - 86.40 ש"ח עבור בן / בת זוג - 86.40 ש"ח<br>עבור ילד/ה עד גיל 24 - 21.60 ש"ח (מהילד הרביעי ואילך - ללא תוספת פרמיה).<br>על פי מדד 11,858 נקודות.   |
| מבנה הפרמיה                     | משתנה, כמפורט לעיל.   |   |
| שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח | הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד שפורסם ב-15.5.2011, 11,858 נקודות.<br>ביום 1.1.2015 וביום 1.8.2017 תבוצע התאמת פרמיה עפ"י ניסיון התביעות בפוליסה.   |   |
| תנאי ביטול                      | תנאי ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה ו/או המבוטח  | חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המוטב, והודיע המוטב לחברה או למבוטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מוטב, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.<br>פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מוטב לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 3 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המוטב בשל כיסויים אלה.<br>המוטב רשאי להודיע על ביטול הביטוח בכל עת בהודעה בכתב לחברה. הודיע המוטב על ביטול הביטוח ייכנס הביטול לתוקפו בתום החודש במהלכו התקבלה בחברה הודעתו, כאמור לעיל. |
| תנאי ביטול הפוליסה ע"י החברה    | 1. אם המוטב/ים ו/או בעל הפוליסה ו/או המבוטח אינו/ם משלם/ים או לא שילמו את הפרמיה כסדרה (על פי חוק הביטוח). הביטול יתבצע לאחר מתן התראות לבעל הפוליסה ו/או המבוטח כמתחייב עפ"י חוק חוזה ביטוח.<br>2. אם העלים המוטב ו/או בעל הפוליסה מהחברה עובדה מהותית, שידיעתה הייתה גורמת לחברה שלא לקבלו לביטוח (על פי חוק חוזה הביטוח 1981). |   |

| נושא                | סעיף                      | תנאים   |
|---------------------|---------------------------|---|
| חריגים              | החרגה בגין מצב רפואי קיים | <p>מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במוטב לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במוטב" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.</p> <p>חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המוטב במועד ההצטרפות לביטוח כדלקמן:</p> <p>א. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד ההצטרפות לביטוח.</p> <p>ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד ההצטרפות לביטוח.</p> <p>סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המוטב הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המוטב.</p> |
| סייגים לחבות המבטחת |                           | <p>פוליסת הביטוח - סעיף 10.</p> <p>כיסוי מורחב לניתוחים - סעיף 5.</p> <p>טיפולים מחליפי ניתוח - סעיף 4.</p> <p>ביטוח לניתוחים פרטיים בחו"ל - סעיף 5.</p> <p>טיפול תרופתי מיוחד - סעיף 4.</p> <p>ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים - סעיף 4.</p> <p>שירותים רפואיים ייחודיים - סעיף 5.3.</p> <p>שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית) - סעיף 4.</p> <p>כיסוי ביטוח משלים לניתוחים - סעיף 9.</p>  |

### הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

### תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב

תגמולי ביטוח שאינם בערך נקוב, ניתן להתעדכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il). הכיסוי יינתן בהתאם לרשימת הניתוחים ובניכוי ההשתתפות העצמית כפי שנקובה בפוליסת הביטוח שברשותך במידה וקיימת. התנאים המחייבים הם התנאים הנקובים בפוליסת הביטוח שברשותך. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות יקבעו התנאים הנקובים בפוליסה.

הסכומים הנקובים משקפים את מחירי ההסכם של הראל והם עשויים להשתנות אחת לשנה.

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

| א'  | ב'  | ג'          | ד'                                      | ה'                          | ו'                         |
|---|---|-------------|---|-----------------------------|----------------------------|
| פירוט הכיסויים בתכנית   | תיאור הכיסוי  | שיפוי/פיצוי | צורך באישור החברה מראש                  | ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן | קיצוז תגמולים עם ביטוח אחר |
| <b>ניתוחים</b>  |   |             |   |                             |                            |
| ניתוחים מכוסים  | כל הניתוחים.  | שיפוי       | כן                                      | ביטוח תחליפי                | כן                         |
| כיסוי לניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל   | בארץ ו/או בחו"ל (בגובה הזכאות בארץ).  | שיפוי       | כן                                      | ביטוח תחליפי                | כן                         |
| כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם החברה  | קיים (עד לתקרת סכום הקבוע למנתחי הסכם הגבוה ביותר עבור הניתוח שבוצע).   | שיפוי       | כן                                      | ביטוח תחליפי                | כן                         |
| פיצוי בגין ניתוח בבי"ח ציבורי   | פיצוי בגובה 50% הסכום הקבוע המפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a> , בגין ניתוח שבוצע. | פיצוי       | כן                                      | ביטוח תחליפי                | לא                         |
| <b>ניתוחים בחו"ל</b>  |   |             |   |                             |                            |
| כיסוי לניתוח פרטי, הוצאות שהייה (בניתוח שתקופת האשפוז מעל 10 ימים), הטסת גופה | כנקוב בנספח 2 לפרק א'.  | שיפוי       | כן                                      | ביטוח מוסף                  | כן                         |
| <b>השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל</b>                              |   |             |   |                             |                            |
| תגמולי הביטוח להשתלות   | אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא.   | שיפוי       | קביעת הצורך ע"י שני רופאים מומחים בתחום | ביטוח תחליפי                | כן                         |
|   | אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרה בגובה \$1,000,000.  |             |   |                             |                            |
|   | אצל נותני שירות שאינם בהסכם להשתלה מבעל חיים - עד תקרה בגובה \$600,000.   | פיצוי       |   |                             | לא                         |
|   | או \$600,000.   |             |   |                             |                            |
| גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה  | בגובה 3,365 ₪ או 5,608 ₪ למשך תקופה מרבית של 24 חודשים.   | פיצוי       | כן                                      | ביטוח חליפי                 | לא                         |



| א'  | ב'  | ג'          | ד'                                      | ה'                          | ו'                         |
|---|---|-------------|---|-----------------------------|----------------------------|
| פירוט הכיסויים בתכנית   | תיאור הכיסוי  | שיפוי/פיצוי | צורך באישור החברה מראש                  | ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן | קיצוז תגמולים עם ביטוח אחר |
| <b>השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל</b>  |   |             |   |                             |                            |
| תגמולי הביטוח לטיפולים מיוחדים בחו"ל  | \$180,000   | שיפוי       | קביעת הצורך ע"י שני רופאים מומחים בתחום | ביטוח תחליפי                | כן                         |
| <b>תרופות מיוחדות</b>   |   |             |   |                             |                            |
| תרופות הנכללות בכיסוי   | תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות.                     |             |   | ביטוח מוסף                  |                            |
| סכום ביטוח מרבי לכל תקופת הביטוח  | עד 1,121,642 ₪ - סכום המתחדש כל 3 שנים.                     | שיפוי       | כן                                      | ביטוח מוסף                  | כן                         |
| השתתפות עצמית למרשם   | 224 ₪ למרשם לחודש אך לא יותר מ-448 ₪ בגין כל המרשמים לחודש. |             |   | ביטוח מוסף                  |                            |
| <b>שירותים רפואיים אמבולטוריים</b>  |   |             |   |                             |                            |
| חוות דעת רפואית בישראל - עד 750 ₪ להתייעצות ועד 3 התייעצויות בשנה, חוות דעת שניה בחו"ל, בדיקות רפואיות אבחנתיות, טיפולים פיזיותרפיים, טיפולי הפריה, טיפולים רדיותרפיים וכימותרפיים, בדיקות מונעות, בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים, בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, טיפולי שיניים, טיפולים פסיכולוגיים | עד תקרה של 11,216 ₪.  | שיפוי       | כן                                      | ביטוח תחליפי                | כן                         |

| א'  | ב'   | ג'          | ד'                     | ה'                          | ו'                         |
|---|--|-------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| פירוט הכיסויים בתכנית                     | תיאור הכיסוי   | שיפוי/פיצוי | צורך באישור החברה מראש | ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן | קיצוז תגמולים עם ביטוח אחר |
| <b>רפואה משלימה</b>                       |  |             |                        |                             |                            |
| תקרת הכיסוי                               | עד 185 ש"ח לכל טיפול ועד 1,622 ש"ח לאותו מקרה ביטוח למבוטח לשנת ביטוח.                                       | שיפוי       | כן                     | ביטוח מוסף                  | כן                         |
| השתתפות עצמית                             | בגובה 30% לטיפול.  |             |                        |                             |                            |
| <b>ייעוץ רפואי מיוחד (גילוי מחלה קשה)</b> |  |             |                        |                             |                            |
| מספר ייעוצים / תקרה לתשלום                | כיסוי מלא עבור שני ייעוצים. במידה והייעוצים בוצעו ע"י רופא שאינו בהסכם - החזר עד תעריף שר"פ הדסה לראש מחלקה. | שיפוי       | כן                     | ביטוח תחליפי                | כן                         |

נכון למדד שפורסם ב-15.5.2011, 11,585 נקודות.

**ביטוח תחליפי** - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שרותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).

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

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

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

**התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים בהסכם החתום בין הצדדים.**

# פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי

## לעובדי סמסונג ישראל בע"מ

בין: הראל חברה לביטוח בע"מ מצד אחד, (להלן "החברה"),

ובין: סמסונג ישראל בע"מ מצד שני, (להלן "המבוטח"),

הואיל וברצון המבוטח לבטח את עובדיו (כ-124 עובדים) ובני משפחותיהם בביטוח בריאות קבוצתי;

והואיל והמבוטח הינה חברת ביטוח מורשית כדין בעלת ידע מקצועי, ניסיון ויכולת בתחום;

והואיל והחברה מסכימה לקבל על עצמה ביטוח זה בכל היקפו ובתנאים המפורטים בהסכם זה להלן;

לפיכך הוצאה, הותנה והוסכם בין הצדדים כדלקמן:

### מבוא

ההסכם מיום 1.3.2008 (להלן: "ההסכם הקודם") בין החברה לבעל הפוליסה יוחלף החל מיום 1.8.2011 (להלן: "מועד ההחלפה").

לגבי מקרי ביטוח שאירעו ובוצעו לאחר מועד ההחלפה, במקום התנאים הכלולים בהסכם הקודם יבואו תנאי הסכם זה.

למען הסר ספק, מקרי ביטוח שאירעו טרם מועד ההחלפה יטופלו על פי תנאי ההסכם הקודם.

לגבי מבוטחים בהסכם הקודם, הסכם זה מהווה תקופת ביטוח רציפה לתקופת ההסכם הקודם. לעניין מועד קרות מקרה הביטוח ולמניין תקופת האכשרה, יראו את תחילת הביטוח עבור מבוטחים שנכללו בהסכם הקודם כמועד הצטרפותם להסכם הקודם.

### 1. הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:

- 1.1 **פוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.2 **המבוטח:** סמסונג ישראל בע"מ.
- 1.3 **המוטב:** עובד פעיל אצל המבוטח ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדיהם אשר צורף לביטוח בהתאם להוראות הסכם זה.
- 1.4 **תאריך תחילת הביטוח:** 1.8.2011.
- 1.5 **תאריך הצטרפות:** התאריך בו הצטרף המוטב לביטוח זה, כפי שהופיע בקובץ נתוני המוטבים שהועבר לחברה ובכפוף לכך שהצירוף נעשה בהתאם להוראות הסכם זה.
- 1.6 **דמי הביטוח:** הסכום שעל המבוטח לשלם לחברה בגין פוליסה זו, על פי תנאי הפוליסה.
- 1.7 **מקרה הביטוח:** מערך עובדתי ונסיבתי אשר קיומו מקנה למוטב זכות לקבלת תגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
- 1.8 **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מוטב מתאריך הצטרפותו לביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מוטב פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המוטב לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.
- 1.9 **תקופת המתנה:** תקופה המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה.

- 1.10. **מדד:** מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדף פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שייחוד לשירותי בריאות.
- 1.11. **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כמצוין בסעיף 1.4 לעיל.
- 1.12. **דף פרטי הביטוח:** דף המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל את מספר הפוליסה, פרטיו האישיים של המבוטח, מועד תחילת הביטוח, סכומי הביטוח, דמי הביטוח וכיוצא בזה.
- 1.13. **סכום ביטוח:** סכום תגמולי הביטוח המרבי כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- 1.14. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
- 1.15. **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994.
- 1.16. **קופת חולים:** תאגיד שהוכר לפי סעיפים 24 ו-25 לחוק הבריאות; לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.17. **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 המוטב, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.18. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י מדינת ישראל.
- 1.19. **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.20. **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.
- 1.21. **בית חולים פרטי:** בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
- 1.22. **בית חולים מוסכם:** בית חולים פרטי כמוגדר לעיל, הקשור בהסכם עם החברה, במועד הגשת התביעה על ידי המוטב.
- 1.23. **ניתוח:** פעולה פולשנית - חדיריתית (*Invasive Procedure*) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המוטב.
- במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול או למניעה כגון כריתה מלאה או חלקית של שדיים ו/או שחלות ו/או מעי גס עקב חשש להופעה של גידולים באברים אילו מסיבה תורשתית, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- ניתוח אלקטיבי** - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המוטב לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמוטב הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית חולים).
- 1.24. **מנתח הסכם:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה - מנתח הקשור בהסכם עם החברה במועד הגשת התביעה על ידי המוטב.
- 1.25. **מנתח אחר:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.26. **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.27. **אח / אחות:** אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות.
- 1.28. **רופא מומחה:** רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.

- 1.29. **נותן שירות שבהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התיביעה.
- 1.30. **השתתפות עצמית:** חלקו של המוטב בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המוטב ורק לגבי הוצאות המוטב שמעבר להשתתפות זו.
- 1.31. **תותבת / שתל:** כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המוטב במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכיו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה.
- 1.32. **רופא שיניים:** אדם העוסק ברפואת שיניים על פי רישיון כחוק מטעם הרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.33. **פריודונט:** רופא שיניים כאמור בהגדרה לעיל בעל תעודת מומחיות של פריודונט מטעם הרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.34. **מחלה:** הפרעה שיש לה סיבה ספציפית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם; כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף, מלבד אלה הנובעים מפגיעה.
- 1.35. **חיתום:** תהליך קבלת ההחלטה בחברת הביטוח אם לקבל את המועמד לביטוח, ובאילו תנאים לקבלו (בתנאים רגילים, בתוספת פרמיה או בהחרגת הבעיה הספציפית אם קיימת).
- 1.36. **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 למוטב בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.37. **יום אשפוז:** שהות של 24 שעות בבית חולים.

## 2. מבוא כותרות ופרשנות

- 2.1. המבוא להסכם זה יחד עם כל מסמכי ההסכם, צרופותיו ונספחיו מהווים חלק בלתי נפרד מן ההסכם ותנאי מתנאיו.
- 2.2. כותרות סעיפי ההסכם נועדו לשם הנוחות בלבד והן לא תשמשנה לצורכי פרשנותו.
- 2.3. במקרה של סתירה בין הוראות הסכם זה לבין הוראות כל נספח, או בין הוראות נספח אחד למשנהו, או אם תהיה אי בהירות לגבי הפירוש הנכון של הוראה כלשהי, יפורש הדבר עפ"י ההוראה המגשימה את תכליתו של ההסכם שבין הצדדים.

## 3. הצהרות והתחייבויות המבטח

החברה מצהירה ומתחייבת בזאת כדלקמן:

- 3.1. היא עומדת בתנאי כל דין, לרבות רישוי וביטוח ובהנחיות משרד האוצר, לעניין מתן שירותי ביטוח רפואי, וכי תמשיך לעמוד בתנאים אלה, כל עוד הסכם זה יהיה בתוקף.
- 3.2. עומדים לרשותה, ויעמדו לרשותה למשך תוקפו של הסכם זה, המשאבים, האמצעים, היכולת וכוח האדם בעל ההכשרה המתאימה הדרושים למתן השירותים בהתאם לפוליסה, כהגדרתה בהסכם זה להלן.
- 3.3. נכון למועד ההסכם, אין כל מגבלה חוקית, עסקית, חוזית או אחרת המגבילה אותה ו/או המונעת ממנה ו/או העלולה להגביל אותה ו/או למנוע ממנה מלהעניק את שירותי הביטוח ולבצע את התחייבויותיה כאמור בהסכם זה, במלואן ובמועדן, והיא תבצע את הוראות הסכם זה בנאמנות, במקצועיות, בתום לב ובמסירות.

#### 4. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה

בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן:

- 4.1. אין כל מניעה ו/או הגבלה בהסכם או בחוזה להתקשרותו בהסכם זה.
- 4.2. בעל הפוליסה מעסיק כ-124 עובדים אשר יצורפו לפוליסה לרבות פוטנציאל להצטרפות בני משפחותיהם. רשימת העובדים מצורפת **כנספח 2** להסכם זה.
- 4.3. לענין היותו בעל הפוליסה, פועל בעל הפוליסה באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.
- 4.4. למסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, כפי שיתבקש ממנו, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי הפוליסה, כהגדרתה בהסכם זה להלן. בכלל זה, ומבלי לגרוע מכלליות האמור בסעיף זה לעיל, מתחייב בעל הפוליסה למסור למבטח את כתובותיהם וכתובות הדואר האלקטרוני של המבוטחים, וכן להודיע למבטח על כל שינוי בכתובת, במצב המשפחתי או בכל נתון אחר של המבוטחים ככל שידוע לו, אשר נמסר על-ידיו למבטח, לרבות המשך העסקתו על-ידי בעל הפוליסה.
- 4.5. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, מתחייב המבוטח להעביר לחברה בתוך 14 יום ממועד חתימת הסכם זה קובץ מבוטחים מלא כמפורט בנספח 2 להסכם זה, הכולל, בין היתר, אף את כתובותיהם וכתובות הדואר האלקטרוני של המוטבים וכן פרטי קשר נוספים שלהם.
- 4.6. המבוטח מתחייב למסור את פוליסת הביטוח והגילוי הנאות שיימסרו לו על-ידי החברה לכל אחד מן המבוטחים בתוך 7 ימים מן המועד שיימסרו לו.
- 4.7. המבוטח מתחייב למסור לכל מוטב המצטרף לביטוח לאחר תחילתו, את פוליסת הביטוח והגילוי הנאות, מיד במועד הצטרפותו לביטוח.
- 4.8. לא להתקשר או להיות מעורב, במישרין או בעקיפין, במהלך תקופת תוקפו של הסכם זה עם כל גורם שהוא הן בדרך של עסקת ביטוח והן בכל דרך אחרת לשם ביצוע ביטוח ו/או כיסוי ו/או מתן שירותים מכל סוג שהוא בקשר לטיפולים מכל מין וסוג המוזכרים בפוליסה.
- 4.9. לשתף פעולה ולסייע למבטח כמיטב יכולתו בהבאת מידע לעובדים לשם הצטרפותם לפוליסה, ובצירוף עובדים ובני משפחותיהם לפוליסה.
- 4.10. להוות כתובת למסירת הודעות ומסמכים למבוטחים, לרבות למסירת הדיווח השנתי מכוח חוזר ביטוח 9-1-2009 דיווח שנתי למבוטחים בביטוח בריאות, ולהעביר הודעות, מסמכים דיווחים אלו לידי המבוטחים.

#### 5. תוקף הפוליסה אופן ההצטרפות ומבנה הביטוח

##### 5.1. תוקף הפוליסה

- פוליסה זו תכנס לתוקפה החל מיום תאריך תחילת הביטוח ובכפוף לכל התנאים המצטברים הבאים:
- 5.1.1. שולם הסכום הראשון בגין דמי הביטוח המגיעים לחברה.
  - 5.1.2. הועבר לחברה קובץ נתוני המוטבים הכולל פרטים אישיים (שמות המוטבים, מספרי זהות, תאריכי לידה, כתובת, כתובת דואר אלקטרוני וטלפון) עפ"י המפורט בנספח נתוני מוטבים ותשלומים הרצו"ב.
  - 5.1.3. המבוטח מסר לחברה מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה, לרבות קובץ נתוני המוטבים המפורט בסעיף 5.1.2.
  - 5.1.4. צורפו כל העובדים הפעילים (כ-124) אצל המבוטח בהתאם לאופן ההצטרפות המפורט בסעיף 5.2.
  - 5.1.5. צורפו לפוליסה 50 מוטבים לפחות.
  - 5.1.6. פחת מספר המוטבים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

## 5.2. אופן ההצטרפות

5.2.1. כל העובדים הפעילים (כ-124) אצל המבוטח יצורפו באופן אובליגטורי בכפוף למפורט להלן:

א. מוטלת על המוטב לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 10ד(ג) לחוק עובדים זרים;
2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא תצרפו החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המוטב הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.
- ב. סעיף קטן (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

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

5.2.2. עובד אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יוכל לבקש להצטרף מחדש לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות והליך חיתום אשר על פיו ייקבע האם יצורף לביטוח ובאילו תנאים.

5.2.3. עובד חדש יצורף לביטוח במועד תחילת עבודתו ובכפוף לאמור בסעיף 5.2.1 לעיל.

5.2.4. בני משפחה של עובד אשר צורף לביטוח (בן / בת הזוג והילדים עד גיל 24) יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות, חתום על-ידי העובד מילוי הצהרת בריאות והליך חיתום אשר יקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, בני משפחה של עובד אשר צורף לביטוח אשר יעבירו בקשת הצטרפות תוך 90 יום ממועד תחילת עבודתו של העובד, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות.

5.2.5. ילדים בוגרים של עובד אשר צורף לביטוח (ילדים בגיל 24 ומעלה) יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות חתום על-ידי העובד, מילוי הצהרת בריאות והליך חיתום אשר יקבע את תנאי קבלתם לביטוח. יובהר, ילדים שצורפו לביטוח על פי סעיף 5.2.4, ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לילדים בוגרים ומשיכו לביטוח בתעריף בן / בת זוג.

5.2.6. מוטב שהוא עמית בתכנית שב"ן, מסוג "כללית מושלם/פלטיונום", "מגן זהב", "מאחדת עדף/שיא", "לאומית זהב" וכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").

מוטב אשר בחר בתכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק א' לפוליסה את הכיסוי עפ"י פרק י' וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 7.2 להלן.

5.2.7 לגבי מוטבים אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות ולעבור חיתום רפואי בעת הצטרפותם לביטוח, תשלום פרמיה אינה מהווה אסמכתא לקבלה לביטוח ואינה מקנה זכות לכיסוי ביטוחי. רק אישור מאת החברה בדבר קבלת המוטב לביטוח יישמש אסמכתא לקיום הכיסוי הביטוחי.

5.2.8 עובד חדש שהחל עבודתו אצל המבוטח עד ל-15 בחודש, יהיה מבוטח מתחילת חודש עבודתו. עובד חדש שהחל עבודתו אצל המבוטח לאחר ה-15 בחודש, יהיה מבוטח מתחילת החודש העוקב למועד תחילת עבודתו.

5.2.9 **מבנה הביטוח**

|            |                                    |
|------------|------------------------------------|
| אובליגטורי | אופן הצטרפות עובדים                |
| וולונטרי   | אופן הצטרפות בני / בנות זוג וילדים |
| וולונטרי   | אופן הצטרפות ילדים בוגרים          |

6. **תקופת ההסכם, וברות ביטוח**

6.1 תקופת ההסכם תהיה החל מיום 1.12.2013 ועד ליום 31.7.2020. תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים. במידה ולא הגיעו הצדדים להסכמה, ההסכם יבוטל לאחר הודעה במפורש ובכתב של 90 ימים לפחות.

6.2 **ברות ביטוח - ביטוח המשך ללא חיתום**

6.2.1 למוטב המבוטח במסגרת הסכם זה יתאפשר לעבור לפוליסת פרט לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:

6.2.1.1 דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח בפוליסה דומה ועל פי גיל המוטב באותו מועד. על התעריפים תינתן הנחה של 30% ל-5 שנים.

6.2.1.2 במעבר לפוליסת המשך יהיה ברצף ביטוחי ללא בחינה מיוחדת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה לגבי הכיסויים הקיימים בפוליסה זו.

6.2.2 האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 6.2.1, תינתן למי שהיה מבוטח ברציפות בפוליסה קבוצתית של אותה קבוצת מבוטחים בסמוך לפני מועד הפסקת הביטוח הקבוצתי, בין אצל החברה ובין אצל מבטח אחר, וזאת במקרים ובתנאים המפורטים להלן, ובלבד שהמוטב לא מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה הקבוצתית הקיימת במועד המעבר לפוליסת המשך:

6.2.2.1 סיום היחסים בין המוטב לבין המבוטח או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלבם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

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

6.2.2.3 פטירה שבשלה המוטב מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

6.2.2.4 גירושין שבשלבם המוטב מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

6.2.2.4.1 במקרים המפורטים בסעיף קטן 6.2.2.1 - 6.2.2.3, תפנה

החברה בכתב לכל מוטב שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.



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

6.2.2.4.2. במקרה המפורט בסעיף קטן 6.2.2.4 המבטח יאפשר לכל

מוטב שיפנה אליו בתוך 90 יום ממועד הפסקת הביטוח לגביו לעבור לפוליסת המשך.

תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

6.2.3. ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למוטב.

## 7. דמי הביטוח

7.1. דמי הביטוח החודשיים ב - ש יהיו כדלקמן:

|              |       |
|--------------|-------|
| לעובד / ת    | 88.56 |
| לבן / בת זוג | 88.56 |
| ילד / ה (*)  | 22.68 |

(\*) ילד עד גיל 24 מהילד הרביעי ואילך - ללא תוספת פרמיה.

7.2. דמי הביטוח החודשיים ב-ש למוטב אשר יבחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים יהיו כדלקמן:

|              |       |
|--------------|-------|
| לעובד / ת    | 86.40 |
| לבן / בת זוג | 86.40 |
| ילד / ה (*)  | 21.60 |

(\*) ילד עד גיל 24 מהילד הרביעי ואילך - ללא תוספת פרמיה.

7.3. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש על פי המועד בו נקבע תשלומם על ידי החברה.

7.4. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד 11,858 נקודות שפורסם ב-15.5.2011.

7.5. לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מהמועד שנועד לתשלומם ועד לפירעונם בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.

7.6. דמי הביטוח ישולמו על פי מכפלת מספר המוטבים בפוליסה, בתעריפים הנקובים בסעיפים 7.1 ו-7.2 לעיל.

7.7. ביום 1.1.2015 וביום 1.8.2017, תבוצע התאמה של דמי הביטוח על פי ניסיון התביעות בפוליסה.

במידה ולא גיעו הצדדים להסכמה על גובה ההתאמה הנדרשת, במידה ותידרש, בכל אחת מנקודות הבדיקה, יוכל כל אחד מהצדדים להודיע על ביטול ההסכם בהודעה מראש של 90 יום. בתקופת 90 הימים ממועד ההודעה עד למועד ביטול הפוליסה, הפרמיה שתשולם תהיה בגין השירותים הניתנים בפוליסה.

בנוסף, בכל אחד מהמועדים המופיעים בסעיף 3.1 לעיל, תעמוד לרשות בעל הפוליסה הזכות לבקש לבצע שינויים בפוליסה, בהסכמת שני הצדדים.

## 7.8. אופן תשלום דמי הביטוח

|   |           |
|---|-----------|
| מרוכז ע"י מעסיק (במימון מלא של מעסיק כולל גילום שווי מס). | לעובד/ת   |
| מרוכז ע"י מעסיק (במימון העובד - ניכוי משכר).              | בן/בת זוג |
| מרוכז ע"י מעסיק (במימון העובד - ניכוי משכר).              | ילד       |
| מרוכז ע"י מעסיק (במימון העובד - ניכוי משכר).              | ילד בוגר  |

## 8. תגמולי ביטוח

- 8.1. החברה תהא רשאית על פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלמם למוטב כנגד קבלות מקוריות. המוטב זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 8.2. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.
- 8.3. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי החברה.
- 8.4. נפטר מוטב, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייבה החברה לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי התחייבות האמורה תשלם את היתרה לעיזבוננו ו/או ליורשיו של המוטב על פי צו קיום צוואה ו/או על פי צו ירושה.
- 8.5. המוטב לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 8.6. הייתה למוטב בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה למוטב תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המוטב לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המוטב מצד שלישי שיפוי שהיה מגיע לחברה על פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. בכל מקרה של פשרה, ויתור או פעולה אחרת של המוטב, הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המוטב מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.
- 8.7. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב

- 8.7.1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המוטב על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המוטב זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.
- 8.7.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, וישאו המוטבים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

## 9. תביעות

- החברה תשלם למוטב את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו או תעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם אם נתקיימו כל אלה:
- 9.1. המוטב הודיע מראש לחברה על מקרה הביטוח וקיבל אישור החברה לחבותה על פי פוליסה זו. קבלת אישור החברה לקיום מקרה ביטוח ולחבותה, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה. קרה מקרה ביטוח ועקב מצב חירום רפואי נמנע מהמוטב להודיע מראש לחברה, תשלם החברה תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותה.

- 9.2. המוטב חתם על כתב ויתור סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המקוריים הסבירים והאחרים הדרושים לחברה לברור תביעתו.
- 9.3. המוטב המציא לחברה קבלות מקוריות המאשרות ביצוע תשלום בפועל על ידי.
- 9.4. החברה תהא זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה סבירה וכן לבדוק את המוטב על ידי רופא אחד או יותר מטעמה כפי שתמצא לנכון.
- 9.5. החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למוטב במסגרת ביטוח זה. החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למוטב ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המוטב ו/או הפנייתו על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל.

## 10. חריגים כלליים

- החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 10.1. מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח.
- 10.2. מקרה הביטוח אירע בתקופת האכשרה.
- 10.3. מקרה ביטוח שגורם ממש לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במוטב לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לענין זה, "אובחנו במוטב" - 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 המוטב במועד ההצטרפות לביטוח כדלקמן:
- א. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד ההצטרפות לביטוח.
- ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד ההצטרפות לביטוח.
- סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המוטב הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המוטב. על אף האמור לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מוטב מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- פטורה החברה מחובתה בשל הוראות סעיף זה לעיל ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, תחזיר החברה למוטב את דמי הביטוח ששילם בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למוטב תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.
- 10.4. מקרה ביטוח שאירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 10.5. מקרה ביטוח שאירע עקב אי שפיות, התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.
- 10.6. מקרה ביטוח שאירע עקב גלישה אווירית, רחיפה, צניחה, סקי, צלילה, טיסה בכלי טייס כלשהו למעט טיסה בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים.
- 10.7. מקרה ביטוח שהינו תוצאה ישירה או עקיפה של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כולל מוטציות ו/או וריאציות ו/או תסמונת דומה אחרת.
- 10.8. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המוטב בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע.

- 10.9. סיבוכי הריון ו/או לידה, פריון ו/או עקרות.
- 10.10. מקרה ביטוח שהינו מום או מחלה מולדים לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המוטב קודם כניסתו לביטוח.
- חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המוטב במועד ההצטרפות לביטוח כדלקמן:
- א. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד ההצטרפות לביטוח.
- ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד ההצטרפות לביטוח.
- סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המוטב הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המוטב.
- 10.11. מקרה ביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או צבאית.
- 10.12. מקרה ביטוח הנובע מהפרעות נפש ו/או מחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים ו/או פסיכולוגיים ו/או הקשור בהם.
- 10.13. בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 10.14. טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

#### 11. מתן מסמכים והודעות למוטב

- 11.1. החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המוטבים, 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; "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבוטח ובין החברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 11.2. חלה על מוטב חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למוטב, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין החברה ובין המבוטח, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המוטב.
- 11.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, תשלח החברה למוטב, לפי דרישתו, העתק מן החווזה שבין החברה ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם החברה רשאית שלא לשלוח למוטב הוראות בחווזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 11.4. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה - מועד תחילת השינוי), תמסור החברה לכל יחיד בקבוצת המוטבים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; לעניין זה -
- "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מהמבוטח למוטב, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבוטח לחברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

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

## 12. ביטול הפוליסה ע"י המוטב

12.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המוטב, והודיע המוטב לחברה או למבוטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מוטב, 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. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מוטב לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 3 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המוטב בשל כיסויים אלה.

12.3. המוטב רשאי להודיע על ביטול הביטוח בכל עת בהודעה בכתב לחברה. הודיע המוטב על ביטול הביטוח ייכנס הביטול לתוקפו בתום החודש במהלכו התקבלה בחברה הודעתו, כאמור לעיל.

## 13. הצמדה

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

13.2. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל על ידי החברה לגבי סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח, או על ידי המבוטח ו/או המוטב לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד ביום תחילת הביטוח.

## 14. חוק הביטוח וחוק הבריאות

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

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

## 15. הודעות

על המבוטח והמוטב להודיע לחברה על כל שינוי כתובת במכתב רשום. הודעה שתישלח על ידי החברה לכתובת האחרונה הידועה לה של המוטב, או תימסר למבוטח לצורך מסירתה למוטב תחשב כהודעה שנמסרה למוטב כהלכה. כל הודעה שישלח צד למשנהו בדואר רשום תיחשב כאילו התקבלה אצל הצד השני 72 שעות ממועד משלוח ההודעה, אם נמסרה ביד - במועד מסירתה - ביום בו נשלחה.

## 16. שינויים

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

## 17. חובת הגילוי

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

- 17.2. 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.
- 17.3. 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:
- 17.3.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- 17.3.2. 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.
- 17.4. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
- 17.4.1. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
- 17.4.2. 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.

# פרק א'

## ביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים

### 1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ביצוע ניתוח.

### 2. תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח

החברה תשפה את המוטב, באופן מלא וישיר אצל נותן השירות שבהסכם, או כנגד קבלות מקוריות שימציא לה המוטב, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על המשולם לנותן השירות שבהסכם:

#### 2.1 שכר מנתח בבי"ח מוסכם:

2.1.1 שכר מנתח הסכם ישולם במלואו - ישירות למנתח ההסכם.

2.1.2 מנתח אחר - תשלום למוטב בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ע"י מנתח אחר, יהיה בגובה הסכום ששולם על ידו בפועל, עד לתקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם הגבוה ביותר של החברה, עבור הניתוח שבוצע.

2.2 התייעצות לפני ניתוח פרטי: המבטח יחזיר למוטב הוצאות התייעצות מוקדמת אחת (לפני ניתוח) עם המנתח אשר ביצע בפועל את הניתוח.

2.3 התייעצות נוספת לפני ניתוח פרטי: מוטב אשר נקבע לו על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי צורך בביצוע ניתוח המכוסה על פי תנאי הפוליסה, יהיה זכאי לקבלת חוות דעת שנייה מרופא מומחה נוסף בתחום זה בשאלת הצורך בניתוח.

חוות הדעת השנייה תינתן על ידי רופא מומחה - מנהל או סגן מנהל מחלקה / יחידה, כפי שייקבע על ידי החברה, באמצעות הפניית המוטב לבדיקת המומחה ו/או העברת המסמכים הרפואיים הרלוונטיים לעיונו (לפי שיקול דעת החברה).

2.4 כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים מוסכם במקרה ניתוח פרטי: החברה תכסה הוצאות אשפוז בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות בבית חולים מוסכם לתקופה שלא תעלה על 30 ימים.

2.5 הוצאות חדר ניתוח בבית חולים מוסכם: החברה תשלם ישירות לבית החולים את ההוצאות עבור חדר ניתוח ומרדים בבית חולים פרטי, על פי הניתוח שבוצע, או תחזיר הוצאות אלו למוטב.

2.6 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית: החברה תשלם ישירות לבי"ח בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח פרטי, או תחזיר הוצאות אלה למוטב ועד לתקרת מחיר הסכם לבדיקה פתולוגית.

2.7 תותבות / שתלים: בוצע במוטב בבית חולים מוסכם ניתוח, ובמהלך הניתוח הושטלו במוטב תותבות כלשהן, תשתתף החברה בעלות התותבות הנ"ל עד 25,000 ש"ח למקרה ביטוח למוטב.

2.8 שכר אחות פרטית / אח פרטי בעת ניתוח: החזר למוטב עד 650 ש"ח לכל יום אשפוז עקב ניתוח בבית חולים פרטי, ובמהלך אשפוז רציף לאחר הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על מספר ימי האשפוז על 8 ימי אשפוז לאחר הניתוח.

2.9 שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים בישראל: החזר למוטב בגין שירותי אמבולנס של מגן דוד אדום או שירות אמבולנס אחר עבור העברתו של המוטב לבי"ח פרטי או ממנו או העברתו בין בתי החולים עקב ניתוח בבית חולים פרטי, עד תעריף מד"א.

2.10 ניתוח בבית חולים ציבורי: בוצע ניתוח במערכת הציבורית בישראל, ללא השתתפות החברה, תשלם החברה למוטב פיצוי מיוחד בגובה 50% משכר מנתח הסכם כפי שמפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).

- 2.11. **ניתוח שבוצע בבית חולים פרטי, אבל קופת החולים משתתפת בהוצאותיו:**  
 שילמה קופת החולים בה חבר המוטב את כל הוצאות הניתוח ו/או את חלקן בבית החולים הפרטי ובכך פחתו הוצאות החברה, תפצה החברה את המוטב במחצית ערך ההוצאות הנחסכות לחברה כפי שמפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).
- 2.12. **ביצוע ניתוח בחו"ל:** בוצע במוטב ניתוח בחו"ל המכוסה על פי ביטוח זה, תחזיר החברה למוטב את הוצאותיו במטבע ישראלי בישראל בהתאם לשער היציג ביום התשלום ע"י החברה ובהיקף זכאותו של המוטב על פי פרק זה בישראל.

### 3. **תשלום במקרה מוות וכתוצאה מניתוח:**

נפטר המוטב במהלך 7 ימים מהיום בו עבר ניתוח וכתוצאה מהניתוח המכוסה במסגרת פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) תשלם החברה ליורשיו על פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה בנוסף לתגמולי הביטוח סכום נוסף של 100,000 ₪ ובתנאי שהמוטב מעל גיל 21 ומתחת לגיל 67 שנה.

### 4. **תשלום במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה כתוצאה ישירה ובלעדית מביצוע ניתוח:**

4.1. החברה תשלם למוטב פיצוי חודשי של 2,243 ₪ במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה שנגרם כתוצאה ישירה ובלעדית מביצוע ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה ובתנאי שהמוטב מעל גיל 21 ומתחת לגיל 67 ושלא נעדר מעבודתו קודם לניתוח כתוצאה מהבעיה הרפואית שהיוותה העילה לניתוח.

4.2. המוטב ייחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה לצורך סעיף זה וזכאי לקבלת הפיצוי החודשי אם לא יוכל לבצע עבודה או עיסוק כל שהם במקצועו או בעיסוקו או במקצוע או בעיסוק סביר אחר המתאים להכשרתו, ניסיונו והשכלתו וזאת לתקופה העולה על שלושה חודשים מיום ביצוע הניתוח (להלן: תקופת המתנה).

4.3. אם לא הייתה למוטב תעסוקה במועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה אם יהיה מרותק לביתו עקב קרות מקרה הביטוח.

4.4. הפיצוי החודשי ישולם החל מתום תקופת המתנה, לתקופה מרבית של 24 חודשים ובכל מקרה יפסק התשלום עם הגיע המוטב לגיל 67 שנה.

4.5. אם חוזר למוטב כושר עבודתו, חייב הוא ו/או המבוטח להודיע על כך לחברה מיד והחברה תפסיק את תשלום הפיצוי החודשי.

4.6. במקרה של אובדן כושר עבודה בגין אותו מקרה ביטוח המוטב לא יהיה זכאי לתקופת תשלום נוספת.

4.7. מוסכם ומוצהר בזאת כי במסגרת סעיף זה תכוסה רק תקופת אובדן כושר עבודה שהיא תוצאה ישירה ובלעדית מהניתוח עצמו ולא תקופות אובדן כושר עבודה שמקורן בבעיה הרפואית שהיוותה העילה לניתוח ו/או טיפולים רפואיים לאחר ניתוח, הנובעים מהבעיה הרפואית, שהצריכה ניתוח, כדוגמת טיפול פיזיותרפיה, הקרנות ו/או טיפולים כימותרפיים.

### 5. **חריגים מיוחדים:**

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

5.1. ניתוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור מעיים, למעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד.

5.2. ניתוח הקשור בפוריות ו/או עקרות.

5.3. ניתוח בגלל פציעה שארעה תוך פעילות ספורט מקצועני אשר שכר בצידה ו/או במסגרת אגודת ספורט אשר שכר בצידה.



- 5.4. השתלת איברים בישראל או בחו"ל, ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל.
- 5.5. בדיקה / בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה / ות ופעולות הדמיה כגון: MRI ו-CT כאשר אלה אינן חלק ממהלך הניתוח.
- 5.6. ניתוחים הקשורים בשיניים.
- 5.7. ניתוחים הקשורים להריון ו/או לידה למעט גרידה בשל צורך רפואי וניתוח קיסרי, בתנאי מפורש כי המוטבת לא עברה ניתוח קיסרי בטרם הצטרפה לפוליסה זו.
6. תנאי מוקדם לאחריות החברה:  
 החברה תשלם את תגמולי הביטוח ובלבד שאישרה למוטב מראש את ביצוע הניתוח על ידי מנתח הסכם או מנתח אחר בבי"ח פרטי או בבי"ח מוסכם ואת מועד ביצוע הניתוח והכל בכפוף לתנאים הכלליים.
7. תקופת אכשרה:  
 תקופת האכשרה היא בת 60 יום.  
 במקרה של גרידה המתבצעת מצורך רפואי או ניתוח קיסרי תהא תקופת אכשרה של 365 יום. למרות האמור לעיל על מוטבים אשר היו מבוטחים בהסכם הקודם לא תחול תקופת אכשרה.
8. תגמולי ביטוח שאינם בערך נקוב  
 בגין תגמולי ביטוח שאינם בערך נקוב, ניתן להתעדכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il). הכיסוי יינתן בהתאם לרשימת הניתוחים ובניכוי ההשתתפות העצמית כפי שנקובה בפוליסת הביטוח במידה וקיימת. התנאים המחייבים הם התנאים הנקובים בפוליסת הביטוח. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות יקבעו התנאים הנקובים בפוליסה. הסכומים הנקובים משקפים את מחירי ההסכם של החברה והם עשויים להשתנות אחת לשנה.

# נספח 1 לפרק א':

## טיפולים מחליפי ניתוח

1. הגדרות  
טכנולוגיה מחליפת ניתוח - טיפול רפואי שאיננו ניתוח המבוצע כתחליף לניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע.
2. מקרה הביטוח  
צורך בביצוע ניתוח.
3. תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח
  - 3.1. מוטב הנזקק לניתוח, ואשר קיימת לגביו המלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, לביצוע טיפול רפואי בטכנולוגיה מחליפת ניתוח, יהא זכאי לכיסוי בארץ ובחו"ל, על פי התנאים המצטברים המפורטים להלן:
    - 3.1.1. המוטב פנה לחברה לקבלת אישורה מראש לביצוע הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח עוד בטרם בוצע הטיפול, וקיבל את אישור החברה לביצוע הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.
    - 3.1.2. הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח יבוצע במוטב על-ידי רופא מומחה בעל התמחות בתחום הרלוונטי.
    - 3.1.3. מבצע הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח הינו מורשה על פי חוק לבצע את הטיפול, ובמקרים בהם קיימת חובת רישוי לשם ביצוע הטיפול, יהא מבצע הטיפול מורשה בעל רישיון מתאים.
    - 3.1.4. הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח יבוצע בבית חולים פרטי או במרפאה בישראל כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) אשר רשומה כדין בפנקס המרפאות, או בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל המאושרים לביצוע הטיפול על-פי חוקי המדינה בה ממוקמים, ובמקרים בהם קיימת חובת רישוי למקום ביצוע הטיפול, יהא מקום ביצוע הטיפול מורשה בעל רישיון מתאים.
  - 3.2. החברה תהא רשאית, על פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח, או חלק מהם, ישירות למבצע הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח ו/או למקום ביצוע הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח, או לשלם למוטב כנגד קבלות מקוריות. בכל מקרה, לא יעלו תגמולי הביטוח על סכום השיפוי המרבי כמפורט בסעיף 3.3 להלן.
  - 3.3. סכום השיפוי המרבי לטיפול ו/או סדרת טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח לא יעלה על עלות הניתוח שהטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח מבוצע במקומו.  
עלות הניתוח, משמעו לעניין סעיף זה, סך התשלומים המפורטים להלן:
    - 3.3.1. שכר מנתח עמו קשורה החברה בהסכם לביצוע הניתוח בישראל.
    - 3.3.2. עלות חדר הניתוח בבית חולים פרטי בישראל עמו קשורה החברה בהסכם לביצוע הניתוח.
  - 3.4. הכיסוי עבור טיפול רפואי בטכנולוגיה מחליפת ניתוח יכלול שיפוי להוצאות המוטב בגין הכיסויים הבאים:
    - 3.4.1. שכר הרופא המבצע את הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.
    - 3.4.2. הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או במרפאה, לרבות האביזרים בהם נעשה שימוש במהלך הטיפול.
    - 3.4.3. הוצאות אשפוז בבית חולים בו מבוצע הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.

3.5. בצע טיפול רפואי בטכנולוגיה מחליפת ניתוח בחו"ל, יהא המוטב זכאי לכיסוי על פי האמור לעיל, ולפי תקרת כיסוי השווה ל-120% מתקרת הכיסוי אם היה מבוצע הטיפול בישראל או עד 150,000 ש"ח, הגבוה ביניהם.

3.6. אם יבוצע הניתוח במהלך 18 חודשים ממועד ביצוע הטיפול החליפי יקוזזו תגמולי הביטוח שקיבל המוטב בגין הטיפול מהחבות החברה לניתוח. בתום 18 חודשים מתשלום הטיפול - מחליף - ניתוח, במידה והמוטב עדיין יצטרך ניתוח, לא יקוזזו תגמולי הביטוח שקיבל המוטב בגין הטיפול - מחבות החברה לניתוח.

#### 4. חריגים מיוחדים לנספח זה:

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

4.1. הליכים רפואיים ו/או שימוש באביזרים שאינם במסגרת ניתוח המבוצע במוסב, או במסגרת טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.

4.2. השתלה של איבר טבעי או מלאכותי מכל סוג, אשר נועדה להחלפת איבר ו/או חלק איבר ו/או נועדה להוספת איבר במקומו של איבר בגופו של המוטב.

4.3. תרופה כימית ו/או ביולוגית מכל מין וסוג.

4.4. הוצאות המכוסות במסגרת פוליסת הביטוח היסודי, לרבות שכר מנתח, בית חולים, חדר ניתוח, בדיקות פתולוגיות, בדיקות הדמיה המבוצעות במהלך הניתוח.

4.5. טיפולים ניסיוניים או מחקרניים או טיפולים שאינם מקובלים על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.

4.6. טיפולים ו/או בדיקות מניעה וסקר.

4.7. טיפולים ו/או בדיקות שאינם למטרת אבחון ו/או טיפול במצבו הרפואי של המוטב המחייב ביצוע ניתוח.

4.8. טיפולים הקשורים בהריון ו/או לידה ו/או בפריון ו/או בעקרות.

4.9. טיפולים במסגרת רפואה משלימה.

4.10. טיפולי פיזיותרפיה, טיפולים פרא - רפואיים וטיפולים כימותרפיים.

4.11. טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח אשר טרם בוצעו בפועל במוסב ו/או בגין התחייבות מבצע הטיפול לטיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח עתידיים.

#### 5. תקופת אכשרה

תקופת אכשרה לכיסויים על פי נספח זה הינה בת 60 יום.

# נספח 2 לפרק א': ביטוח לניתוחים פרטיים בחו"ל

## 1. הגדרות

**הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המוטב, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

## 2. תנאי מוקדם לאחריות המבטח

הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח, יעשו ישירות על ידי החברה.

## 3. מקרה הביטוח

צורך בביצוע ניתוח.

## 4. תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח

4.1. בקרות מקרה הביטוח, תשלם החברה ישירות לספק השרות ו/או תשפה את המוטב עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח, כמפורט להלן: שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת עד \$10,000 למקרה ביטוח.

4.2. בנוסף לאמור בסעיף 4.1 לעיל, תכסה החברה גם את ההוצאות הבאות:

### 4.2.1. כיסוי להוצאות הטסה רפואית

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המוטב לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד \$10,000.

### 4.2.2. כיסוי להוצאות שהייה

במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 10 ימים, החברה תכסה את הוצאות השהייה של מלווה אחד, לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על \$120 ליום, לתקופה מרבית של 30 יום.

### 4.2.3. כיסוי להוצאות הטסת גופה

החברה תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המוטב בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 3 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל.

## 5. חריגים מיוחדים

סעיף החריגים הכלליים בפוליסה שאליה צורף נספח זה וכן כל תנאי וחריגי הכיסוי לניתוחים חלים אף על נספח זה.

בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה במקרים הבאים:

5.1. ניתוחי חירום ללא קבלת אישור מראש מטעם המבטח לביצוע הניתוח.

5.2. השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל שאינם ניתנים לביצוע בישראל.

5.3. מקרה ביטוח שארע למוטב השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.

## 6. תנאים מיוחדים לנספח זה

- 6.1. בהיוודע למוטב על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את החברה באופן מידי וימסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח.
- 6.2. החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למוטב ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המוטב ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

## 7. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 60 יום.  
למרות האמור לעיל על מוטבים אשר היו מבוטחים בהסכם הקודם לא תחול תקופת אכשרה.

# פרק ב': ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

## 1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא הצורך בביצוע טיפול רפואי כדלקמן:

### 1.1. השתלה:

1.1.1. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח.

השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושג לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1.2. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המוטב של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקח מבעל חיים במקומם, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל, בארה"ב או באיחוד האירופי.

### 1.2. טיפול רפואי מיוחד בחו"ל:

ניתוח או טיפול רפואי בחו"ל אשר מתקיים בהם אחד מהתנאים האמורים להלן:

1.2.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע על ידי שירותי הרפואה בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל.

1.2.2. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן סביר וקיים סיכון להחרפה במצב הרפואי של המבוטח.

1.2.3. סיכוי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית מביצוע הטיפול המיוחד בארץ.

כל זאת, ובתנאי כי ביצוע הטיפול המיוחד, מקובל על פי אמות מידה רפואיות מקובלות ושני רופאים מומחים בתחום הרפואי הנוגע לעניין, קבעו על פי קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך ואופן ביצוע הטיפול המיוחד.

**טיפול חלופי** - טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות למטופל.

## 2. סכום הביטוח:

סכום הביטוח המרבי לכל תקופת הביטוח למוטב:

2.1. להשתלה כהגדרתה בסעיפים 1.1.1 ו-1.1.2 שבוצעה אצל נותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא.

2.2. להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.1 שבוצעה אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד \$1,000,000, אך לא יותר ממחיר השתלה מקסימלי במדינה בה מתבצעת ההשתלה.

2.3. להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.2 שבוצעה אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד \$600,000, אך לא יותר ממחיר השתלה מקסימלי במדינה בה מתבצעת ההשתלה.

2.4. טיפול מיוחד בחו"ל - עד \$180,000.

בקרות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח כמפורט להלן:

3.1. אפשרות שיפוי להשתלה -

א. **נותן שירות שבהסכם** - החברה תשלם את מלא השיפוי, ישירות לנותן השירות שבהסכם לגבי מקרה הביטוח שאירע.

ב. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המוטב בגין ההוצאות הרפואיות הממשיות המפורטות להלן ששילם בפועל לנותן השירות הרפואי. התשלום יבוצע כנגד קבלות מקוריות המפרטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במוטב, הסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח מקוריים הכוללים פירוט כל הפעולות, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי כמפורט בסעיף 2 לעיל.

3.1.1. תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המוטב לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.1.2. תשלום עבור הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושגל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. במקרה של השתלת מח עצם ובכפוף לקרות מקרה הביטוח, ישולמו הוצאות הבדיקות לאיתור תורם מח עצם, וזאת עד 112,164 ₪. ובלבד שאין מדובר בתשלום תמורה לאדם בעבור איבר שניטל מגופו או מגופו של אדם אחר, או המיועד לנטילה כאמור, והכל בין שהנטילה נעשית בחייו של אדם ובין שהיא נעשית לאחר מותו. לענין זה "תמורה" - כסף, שווה כסף, שירות או טובת הנאה אחרת, ולמעט בנסיבות המפורטות בסעיף 3(ג) לחוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ("חוק השתלת איברים").

3.1.3. תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 60 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 270 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות.

3.1.4. תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי בצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.1.5. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המוטב ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל.

3.1.6. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המוטב בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד 10,000 \$.

3.1.7. תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המוטב ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, עד 100 \$ ליממה למוטב או מלווה או עד 140 \$ ליממה למוטב + מלווה.

3.1.8. תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה - עד 10,000 \$ או הטיפול המיוחד - עד 5,000 \$.

3.1.9. תשלום מלא עבור העברת גופת המוטב לישראל אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל.

3.1.10. תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל - ללא תקרה.

3.1.11. ביצע המוטב השתלה במסגרת קופת חולים או באמצעות ביטוח זה, יהיה זכאי לסכום חודשי של 5,608 ₪ להשתלת כבד, לב, לב - ריאה, ריאה או לבלב או 3,365 ₪ להשתלת כליה או מח עצמות, אשר ישולם למוטב לאחר ביצוע ההשתלה בארץ או מיום חזרתו ארצה ולמשך תקופה מרבית של 24 חודשים.

- 3.2. **ביצוע השתלה שלא במימון החברה בחו"ל** - אם ביצע המוטב השתלה בחו"ל שהחברה לא השתתפה במימונה, בין בתשלום ישירות לנותן השירות ובין במתן שיפוי למוטב כנגד הוצאותיו ובין אם בתשלום לקופות חולים ו/או לגורם אחר, יהיה זכאי המוטב לפיצוי בגובה \$50,000 ובתנאי כי נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה וכי מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.
- 3.3. **למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח כמפורט בסעיף 1.1 (השתלה), יוכל המוטב לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.**
- 3.4. **שיפוי לטיפול מיוחד בחו"ל** - יבוצע על פי האמור בסעיפים 3.1.1 ו-3.1.3 - 3.1.10.
- מובהר כי השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד חוזר/ים אשר יידרשו/ בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

#### 4. תקופת אכשרה

- תקופת האכשרה היא בת 60 יום.
- למרות האמור לעיל על מוטבים אשר היו מבוטחים בהסכם הקודם לא תחול תקופת אכשרה.



# פרק ג'

## ביטוח לתרופות מיוחדות

### 1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.2. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל וכפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.3. **רופא מומחה** - רופא אשר הוכר כמומחה על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- 1.4. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
- 1.5. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה.
- 1.6. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
- 1.7. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן נותני השירות).
- 1.8. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.9. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המוטב בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המוטב ורק לגבי הוצאות המוטב שמעבר להשתתפות זו.
- 1.10. **תרופה חלופית** - תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, שנועדה לטיפול במצבו הרפואי של המוטב, ואשר מביאה, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאה רפואית דומה לזו של התרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בסעיפים א' - ג' לעיל, ובלבד שהטיפול התרופתי בתרופה זו אינו כרוך בתוצאות חמורות יותר למבוטח, ביחס לתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בסעיפים 2.1.3 - 2.1.1 להלן;  
לעניין זה, "תוצאות חמורות יותר" - תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול התרופתי, לרבות פגיעה באיכות או בשגרת חייו של המבוטח, למעט שינוי הנוגע לתדירות נטילת התרופה דרך הפה.

### 2. מקרה הביטוח

- 2.1. מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המוטב, הנזקק לצורך טיפול במחלתו או לצורך החלמתו, על-פי הוראת רופא, ליטול תרופה.  
תגמולי ביטוח ישולמו למוטב על-פי תנאי נספח זה בגין אחד מהסעיפים המפורטים להלן, ובתנאי כי אין תרופה חלופית בסל שירותי הבריאות שנועדה לטיפול במצבו הרפואי של המוטב, ואשר מביאה, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאה רפואית דומה לזו של התרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות.
  - 2.1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המוטב בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (להלן - המדינות המוכרות):

ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת עפ"י ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי בריאות לטיפול במצבו הרפואי של המוטב, ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המוטב בידי הרשות המוסמכת במדינות המוכרות.

2.1.3 תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות המוגדרת כ-OFF LABEL שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המוטב, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המוטב על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה-FDA.

2. American Hospital Formulary Service Drug Information.

3. US Pharmacopoeia - Drug Information.

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

א. עוצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או 2a.

ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.

ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או 2a.

5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מ-National Guidelines הבאים: ESMO Minimal Recommendation, NICE, ASCO, NCCN.

2.1.4 אם השתמש המוטב בתרופה חלופית, ולאחר תחילת השימוש האמור התגלו תוצאות חמורות יותר אצל המוטב או התברר שהתרופה החלופית לא הביאה לתוצאה רפואית דומה לזו שהתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בסעיפים 2.1.3 - 2.1.1 לעיל הייתה צפויה להביא, תכסה החברה את התרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בסעיפים 2.1.1 - 2.1.3 לעיל.

2.1.5 **תרופה למחלה יתומה**

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

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

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

2.1.5.3 חולים במחלה יתומה שמספרם לא יותר מ-5 מתוך כל 10,000 בני אדם באיחוד האירופי.

2.1.5.4 חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפוח לה תרופה ללא תמריצים באיחוד האירופי.

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

### 3. חבות החברה ותגמולי הביטוח

3.1. החברה תשפה את המוטב כנגד קבלות מקוריות ו/או תשלם ישירות לנותן השרות עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 224 ₪ למרשם לחודש אך לא יותר מ-448 ₪ לחודש בגין סך כל המרשמים שיציג המבוטח בגין אותו החודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי ובכפוף לתנאים כמפורט להלן.

למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.

3.2. המוטב יפנה לאישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.

למען הסר ספק, מובהר כי החברה לא תהיה חייבת בתשלום תגמולי ביטוח אם לא אישרה מראש את רכישת התרופה.

3.3. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב).

3.4. סכום הביטוח המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד 1,121,642 ₪ לכל תקופות הביטוח למוטב. אחת לתקופה של 3 שנים, יתחדש סכום הביטוח המרבי, באופן הבא:

3.4.1. מבוטח, אשר בגין תביעתו ו/או תביעותיו המכוסות על פי נספח זה שילמה לו החברה את מלוא תקרת סכום הביטוח המרבי, יהיה זכאי לסכום ביטוח מרבי נוסף כמפורט בסעיף 3.4 עם חידוש סכום הביטוח כאמור.

3.4.2. מבוטח, אשר בגין תביעתו ו/או תביעותיו המכוסות על פי נספח זה שילמה החברה חלק מתקרת סכום הביטוח המרבי, יהיה זכאי לסכום ביטוח מרבי מלא כמפורט בסעיף 3.4 עם חידוש סכום הביטוח כאמור, אשר יחליף את יתרת סכום הביטוח שנותרה לאחר תשלומי החברה.

3.5. החברה תשפה את המוטב עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד ל-168 ש"ל ליום ועד 30 יום לכל תקופות הביטוח למוטב.

### 4. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

4.1. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה, או במהלך אשפוז בבית החולים או במוסד סיעודי.

4.2. תרופה ניסיונית אשר לא אושרה להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המוטב במדינות המוכרות, למעט המפורט בסעיף 2.1.3.

4.3. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.

4.4. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.

4.5. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

4.6. טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.

4.7. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למוטב בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

4.8. המוטב נושא או יישא נוגדנים למחלת צהבת לסוגיה השונים.

5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל  
החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המוטב מחוץ לגבולות מדינת ישראל.  
חזר המוטב לגבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמוסכם ולא יותר  
מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

6. תקופת אכשרה  
תקופת האכשרה היא בת 60 יום.  
למרות האמור לעיל על מוטבים אשר היו מבוטחים בהסכם הקודם לא תחול תקופת אכשרה  
לסכומים ולכיסויים החופפים.

# פרק ד':

## ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

1. הגדרות  
**חוות דעת רפואית ראשונה** - דו"ח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המוטב וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות; צילומי רנטגן, U.S., C.T., M.R.I., בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה.
2. מקרה ביטוח  
הזדקקותו של המוטב לאחד מהשירותים האמבולטוריים המפורטים להלן שלא בעת אשפוז הנובע מבעיה רפואית, או הזדקקותו של המוטב לאחת הבדיקות לרפואה מונעת המפורטות להלן.
3. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח  
החברה תשלם למוטב 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין מקרי הביטוח המפורטים בנספח זה, אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט להלן. אחריותה הכוללת של החברה, בגין כל מקרי הביטוח המכוסים על פי נספח זה, לא תעלה על 11,216 ש"ח למוטב לכל שנת ביטוח.
  - 3.1 **חוות דעת רפואית בישראל** - עד 750 ש"ח להתייעצות, עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה) ועד 3 התייעצויות בשנה כאשר אחת מהן יכולה להיות עם רופא מומחה בנושא הריון ולידה.
  - 3.2 **חוות דעת רפואית שניה בחו"ל** - מוטב יהא זכאי לחוות דעת בחו"ל, באמצעות נותני שירות שבהסכם עם החברה, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה, כמוגדר לעיל, עד 4,000 ש"ח למקרה ביטוח.
  - 3.3 בדיקות רפואיות אבחנתיות עד 2,500 ש"ח (למעט M.R.I.), למוטב לשנת ביטוח הכוללות:
    - 3.3.1 בדיקות מעבדה.
    - 3.3.2 צילומי רנטגן.
    - 3.3.3 בדיקת M.R.I. - עד 5,000 ש"ח למוטב שנת ביטוח.
    - 3.3.4 בדיקות הדמיה (למעט M.R.I.).
  - 3.4 **טיפולים פיזיותרפיים** לפי הוראת רופא, עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-2,097 ש"ח למוטב לשנת ביטוח.
  - 3.5 **טיפולים רדיותרפיים ו/או כימותרפיים עד 9,411 ש"ח למוטב לשנת ביטוח.**
  - 3.6 **השתתפות בהפריה חוץ גופית (IVF)** מוטבת אשר זקוקה לטיפול הפריה חוץ גופית (IVF) על פי הפניית רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקויי פרייון, אשר לה לפני הטיפול לפחות שני ילדים, תהא זכאית לכיסוי בגובה 10,000 ש"ח לכל ילד, לכל תקופות הביטוח.
  - 3.7 **בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים** - מוטב אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות לגידולים ממאירים באמצעות מעבדות "ONCOTEST", עד 4,487 ש"ח למקרה ביטוח.
  - 3.8 **בדיקות לרפואה מונעת** למוטב מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות עצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, עד 314 ש"ח לבדיקה, אחת ל-3 שנים (לכל בדיקה).
  - 3.9 **בדיקות מיוחדות לנשים בהריון**  
**סריקת מערכות**  
החברה תשפה את המבוטחת בגין בדיקה לסריקה על קולית (ULTRA SOUND) של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת. סכום השיפוי המרבי יהיה עד 75% מהעלות בפועל של בדיקה זו ולא יותר מ-1,000 ש"ח לבדיקה.

## סיקור גנטי לנשים בהיריון

השתתפות בגובה 80% מהעלות בפועל של הבדיקות לגילוי גנים נשאים לנשים בהיריון, תסמונת איקס שביר, גושה, קנאוון, בלום, סיסטיק פיברוזיס או כל בדיקה אשר תהיה קיימת בסל הבדיקות הגנטיות באותה תקופה, גם אם אינן קיימות כיום. תקרת הכיסוי לבדיקות אלו הינה 1,000 ₪ לכל הריון.

## בדיקת מי שפיר / סיסי שלייה

המבטח ישתתף בהוצאות בדיקת מי שפיר או סיסי שלייה לנשים מבוטחות עד גיל 35 (מעל גיל 35 ממומן על פי חוק ע"י משרד הבריאות). ההשתתפות תהיה בגובה 75% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-1,000 ₪ לכל הריון.

## בדיקת שיקוף עורפי

המבטח ישתתף בהוצאות בדיקת שיקוף עורפי לנשים מבוטחות. ההשתתפות תהיה בגובה 75% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-500 ₪ לכל הריון. הכיסוי בגין כל אחת מבדיקות ההיריון הנ"ל יינתן לכל הריון פעם אחת בלבד ועד לתקרה של סה"כ 3,500 ₪ לכל הבדיקות. כיסוי זה יינתן מעבר לכיסוי הניתן על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובלבד ששני בני הזוג מבוטחים בביטוח, למעט אם חד הורית אשר אינה נשואה או ידועה בציבור של אבי העובר, וכנגד קבלות מקוריות במקרים בהם בן הזוג של העובדת מבוטח במסגרת מקום עבודתו באמצעות הסכם קבוצתי אחר הכולל כיסוי לבדיקות הריון, יינתן כיסוי בגובה 50% מההתקרה הקבועה. במקרים בהם בן הזוג של העובדת מבוטח במסגרת מקום עבודתו באמצעות הסכם קבוצתי אחר אצל החברה, הכולל כיסוי לבדיקות הריון, יינתן כיסוי בגובה 100% מההתקרה הקבועה. **על כיסוי זה תחול תקופת אכשרה מיוחדת בת 270 יום.**

## 3.10. טיפולים המבוצעים ע"י רופא שיניים

3.10.1. **עקירה כירורגית:** החזר למוטב עבור תשלומים שהמוטב שילם לרופא שיניים עבור ביצוע עקירה כירורגית של שן, עד 314 ₪.

עקירה כירורגית פירושה, עקירת שן כתוצאה מתהליך עשיתי אשר גרם להרס מוחלט של כותרת השן או שן בעלת שורשים עקומים ומפותלים אשר מחייב חיתוך בחניכים עד לחשיפת השורשים על מנת לאפשר נקודת אחיזה לכלי העזר החולץ. הזכאות לטיפול רק אם התופעות המצוינות לעיל יאובחנו בצילום רנטגן לפני הטיפול.

3.10.2. **ניתוחי חניכיים:** החזר למוטב עבור תשלומים שהמוטב שילם לפריודונט מומחה עבור הטיפולים כדלהלן ולא יותר מהסכום הנקוב לכל טיפול:

א. בדיקה פריודונטית - בדיקה וקביעת תכנית טיפול תוך רישום מלא של הממצאים הדנטליים הנדרשים - עד 314 ₪.

ב. טיפול פריודונטי שמרני (הקצעת שורשים או קיורטג') - פעולה שמטרתה הסרת הרובד והאבנית ממשטחי השורש או הסרת הרקמה הרכה בכיס החניכיים - עד 157 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה).

ג. כירורגיה פריודונטית - ניתוח ברקמה רכה, כריתת חניכיים, ניתוח מטלית, השתלת חניכיים; הניתוח יכלול אלחוש מקומי, תפרים וכל הדרוש לביצוע וסיום הטיפול. הזכאות לטיפול זה היא לאחר 3 חודשים מתום הטיפול הפריודונטי השמרני כאשר קיימת עדיין תחלואה פריודונטית בפה המחייבת ניתוח זה - עד 1,682 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה).

ניתוח חניכיים פירושו הקצעת שורשים (root planing) או כריתת חניכיים או מטלית לגרידת חניכיים או ניתוחי עצם והשתלת חניכיים בתנאי שקיימת תחלואה פריודונטית ברקמות הרכות ורקמות התמיכה של השן מחייבת התערבות כירורגית. התשלום יינתן לביצוע הבדיקה לפי סעיף א', וכן לאחת מהפעולות הנ"ל, כמספר הסקסטנטים שיבוצעו בפועל.

### 3.11. טיפולים פסיכולוגיים

מבוטח הזקוק לטיפול פסיכולוג מורשה ו/או רופא פסיכיאטר ו/או עובד סוציאלי בגין האירועים הבאים:

הפרעות אכילה ו/או התמכרות לסמים ו/או התמכרות לאלכוהול ו/או במקרה של פטירה של בן משפחה מקרבה ראשונה ו/או תקיפה מינית ו/או גירושין ו/או אירוע תאונתי שארע למבוטח ו/או לבן משפחה מדרגה ראשונה בתקופת הביטוח.

בנוסף יינתן הכיסוי בקרות האירועים הרפואיים החמורים הבאים: CVA, התקף לב חריף, סרטן, השתלה, סיעוד, נכות מוחלטת ותמידית ואובדן כושר עבודה מוחלט.

הטיפולים יינתנו בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 25% מעלות הטיפול,

כאשר תקרת השתתפות חברת הביטוח לכל פגישה לא תעלה על 150 ₪.

סה"כ מספר הטיפולים יעמוד על 25 טיפולים למשך כל תקופת הביטוח.

### 4. חריגים מיוחדים:

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

4.1. בדיקות תקופתיות ובדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט המפורט בסעיף 3.8 לעיל.

4.2. ניתוחים וטיפולים הקשורים בשיניים, למעט המפורט בסעיף 3.9 לעיל.

### 5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 60 יום. במקרה של טיפולים המבוצעים ע"י רופא שיניים, תהא תקופת האכשרה בת 365 יום.

למרות האמור לעיל על מוטבים אשר היו מבוטחים בהסכם הקודם לא תחול תקופת אכשרה.

# פרק ה':

## שירותים רפואיים ייחודיים

### 1. הגדרות

- בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצדם.
- 1.1. "ביקורופא" - חברת ביקורופא בע"מ.
  - 1.2. "המבטחת" או "חברת הביטוח" - הראל חברה לביטוח.
  - 1.3. "פוליסת הביטוח" - פוליסת ביטוח בריאות של המבטחת, הכוללת כתב שירות לשירותים רפואיים ייחודיים.
  - 1.4. "מוטב" - עובד פעיל אצל המבוטח ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדיהם עד גיל 21 אזרחי ארץ ישראל ששמום נקוב בקובץ הנתונים שיועבר מידי חודש לחברה על ידי המבוטח.
  - 1.5. "המנוי" או "המשפחה המנויה" - מוטב הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
  - 1.6. "רופא" - רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רישיון מטעם משרד הביטוח לעסוק ברפואה.
  - 1.7. "מטפל" - פסיכולוג קליני, הרשאי על פי דין ליתן את השרות הרלוונטי למבוטח, ואשר ביקורופא התקשרה עמו בהסכם בקשר למתן שרות למנוייה.
  - 1.8. "רופא הסכם" - רופא אשר התקשר עם ביקורופא בהסכם למתן שירות ביקור רופא לילי כהגדרתו להלן למנוייה.
  - 1.9. "מוקד השירות" - מוקד טלפוני ארצי בקו ירוק מס' 1-800-260-660 (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.
  - 1.10. "המדד" - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
  - 1.11. "מדד הבסיס" - מדד 9322, אשר פורסם ביום 15.1.2000.
  - 1.12. "חג" - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

### 2. שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה

#### 2.1 השירות

- 2.1.1. המנוי יהא זכאי לקבל שירותי מידע ושירותים נוספים כמפורט להלן ושירותים אלה בלבד (להלן - "שירותי המידע"):
  - 2.1.1.1. שירותי מידע ברפואת ילדים - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת ילדים על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת ילדים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.
  - 2.1.1.2. שירותי מידע ברפואת משפחה - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת משפחה על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת משפחה, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.
  - 2.1.1.3. שירותי מידע ברפואת נשים - מתן מידע טלפוני כללי על מחלות זיהומיות בתחום רפואת נשים, מידע כללי על בדיקות שונות במהלך ההיריון, מידע על בריחת סידן מהעצם, וזאת על ידי רופא מומחה ברפואת נשים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.
  - 2.1.1.4. שירותי מידע ברפואה גריאטרית - מתן מידע טלפוני כללי בתחום הגריאטריה, על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואה גריאטרית, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.



- 2.1.1.5 **שירות פסיכולוגי - "קו חם"** - סיוע פסיכולוגי טלפוני בנושאי ילדים, נשים ומשפחה, לרבות גיל ההתבגרות, התמכרויות שונות והמשך לימוד במוסדות חינוך, על ידי פסיכולוג, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.
- 2.1.1.6 **שירותי מידע לדיאטה ותזונה נכונה** - מתן מידע טלפוני בתחום הדיאטה והתזונה, על-ידי דיאטן קליני או תזונאי הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
- 2.1.2 מוקד השירות יפעל לקבלת הקריאות לשירותי המידע על פי כתב שירות זה, בדיקת זכאות הפונה לקבל את שירותי המידע והפנית הפונה לקבלת אחד משירותי המידע, המפורטים בסעיפים 2.1.1.6 - 2.1.1.1 לעיל.
- 2.2 **היקף שירותי המידע**
- 2.2.1 מובהר במפורש, כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותי מידע טלפוני בלבד, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם יינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שיחה טלפונית וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים.
- למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא תמנע שיחה טלפונית עם נותן השירות, והיה ולפי שיקול דעת נותן השירות, לא ניתן ליתן את השירותים ללא בדיקה של המנוי, יודיע זאת לפונה נותן השירות עצמו.
- 2.2.2 מובהר, כי שירותי המידע אינם בגדר שירותי חירום, וכי אין הם באים להחליף התייעצות פנים מול פנים, בכל מקום שהיא דרושה.
- 2.2.3 מוקד השירות יופעל לקבלת פניות של מנויים לקבלת שירותי המידע על פי כתב שירות זה במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.
- 2.2.4 שירותי המידע יינתנו בהקדם האפשרי, ולא יאוחר מ-30 דקות ממועד הפנייה של המנוי למוקד השירות.
- 2.2.5 שירותי המידע יינתנו ללא כל הגבלה של מספר הפניות של המנוי.
- 2.3 **כללי**
- 2.3.1 נזקק המנוי לשירותי המידע כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומס' תעודת זהות של המנוי.
- 2.3.2 מוקד השירות יקשר את המנוי לנותן השירות הרלוונטי לאחר שיוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את שירותי המידע על פי כתב שירות זה.
- 2.3.3 מחויבותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפולה בפנייה של מנוי לקבלת שירותי המידע תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:
- 2.3.3.1 קישור המנוי לנותן השירות הרלוונטי.
- 2.3.3.2 ביטול הפנייה לקבלת איזה משירותי ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.
- 2.3.4 האחריות בגין איכות שירותי המידע ו/או בגין רשלנות מקצועית תחול על נותן שירות המידע הרלוונטי בלבד, וביקורופא לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 2.3.4.1 איכות שירותי המידע נשוא כתב שירות זה.

- 2.3.4.2. רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.
- 2.3.4.3. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול החורג משירותי המידע המפורטים בכתב שירות זה.
- 2.3.5. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל מובהר, כי ניתן שירותי המידע, שייתן בפועל את שירותי המידע, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן שירותי המידע, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ביקורופא ו/או חברת הביטוח אינן המעסיקות של נותני שירותי המידע והן לא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

### 3. שירות ביקור רופא לילי

#### 3.1. השירות

- 3.1.1. המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט בסעיף 3.1.2 להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם (להלן - "שירות ביקור רופא לילי"). שירות ביקור רופא לילי יינתן בביתו של המנוי או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המנוי הנזקק לשירות, או שהמנוי הנזקק לשירות יופנה לקבלת שירות ביקור רופא לילי באחד ממוקדי שירות ביקור רופא לילי המופעלים על ידי ביקורופא, הנמצא בסמוך למקום הימצאו (להלן - "המוקד הרפואי"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכול לפי בחירת המנוי (ובכפוף לשעות הפעילות של המוקדים הרפואיים כאמור להלן). האמור לעיל כפוף לסעיפים 3.2.4 ו-5.3 להלן.
- 3.1.2. המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט להלן:
- 3.1.2.1. מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי.
- 3.1.2.2. בדיקה גופנית של המנוי לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ - דם, הכול כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 3.1.2.3. קביעת אבחנה רפואית.
- 3.1.2.4. בדיקת אק"ג באמצעות קרדיו - ביפר על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 3.1.2.5. קבלת תרופות ראשוניות, הכול לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 3.1.2.6. קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 3.1.2.7. הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה / רופא ילדים, המטפל במנוי באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 3.1.2.8. הפניית המנוי לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 3.1.2.9. מתן תעודה רפואית.
- 3.1.2.10. **פינוי חינוך באמבולנס** - במקרה שרופא ההסכם שבדק את המנוי בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על פינויו באמבולנס, תשלם ביקורופא למנוי את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל **במקור בלבד** לביקורופא, ובתנאי שהמנוי אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא מוטב.

## 3.2. כללי

### 3.2.1

שירות ביקור רופא לילי על פי כתב שירות זה יינתן כל ימות השנה מהשעה 20:00 עד 07:00 למחרת. בימי ו' וערבי חג שירות ביקור רופא לילי יינתן ברציפות מהשעה 20:00 ביום ו' / ערב החג ועד השעה 07:00 ביום א' / היום שלמחרת החג. כל קריאה לקבלת השירות צריכה להיות מופנית למוקד השירות לא לפני השעה 20:00 ולא יאוחר מהשעה 06:00.

המוקדים הרפואיים יופעלו בין השעות 20:00 עד 24:00 ובשבתות וחגים גם בין השעות 10:00 עד 14:00.

שירות ביקור רופא לילי לא יינתן בערב יום כיפור וביום כיפור עד שעתיים לאחר תום הצום.

### 3.2.2

נזקק המנוי לשירות רפואי לילי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, מקום הימצאו, שם המנוי ומס' הטלפון של בית המגורים של המנוי (המהווה את מספר המנוי של המשפחה המנויה אצל ביקורופא).

### 3.2.3

שירות ביקור רופא לילי יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.

### 3.2.4

שירות ביקור רופא לילי ניתן בכל מקום ישוב בישראל למעט יהודה, שומרון וחבל עזה, אך לרבות מעלה אדומים, אריאל, בית אריה, אורנית ושערי תקוה. ברמת הגולן שירות ביקור רופא לילי יינתן בקצרין או בכל מקום ישוב אחר באזור, כאשר המנוי הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבוננו אל רופא ההסכם לפי כתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות.

### 3.2.5

עם תום הביקור יחתום המנוי או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ערך את ביקור הבית בבית החולה או נתן את שירות ביקור רופא לילי במוקד הרפואי.

### 3.2.6

בחר המנוי לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע החולה למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבוננו.

## 3.3. אחריות

### 3.3.1

מחויבותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפול בקריאה של מנוי לקבלת שירות ביקור רופא לילי תסתיים במוקדם או בהתרחש אחד משני האירועים המפורטים להלן:

#### 3.3.1.1

הגעת רופא ההסכם לבית המנוי או הפניית החולה למוקד הרפואי הסמוך למקום הימצאו, בכפוף לאמור בסעיפים 3.2.4 ו-3.3.5.

#### 3.3.1.2

ביטול הקריאה לקבלת שירות ביקור רופא לילי ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.

### 3.3.2

האחריות בגין איכות שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה ו/ או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על רופא ההסכם הרלוונטי בלבד, וביקורופא לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

#### 3.3.2.1

איכות שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה.

#### 3.3.2.2

רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למוטב ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה.

#### 3.3.2.3

הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.

#### 3.3.2.4

הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפולים או שירותים על ידי רופא אחר שאינו רופא ההסכם.

## 4. שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים

### 4.1. השירות

- 4.1.1. המנוי יהא זכאי לקבל, לפי שיקול דעתו הבלעדי, שירותי חירום ועזרה ראשונה ברפואת שיניים כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד, וזאת באמצעות מרפאות שיניים ברחבי הארץ (את רשימת מרפאות השיניים באזור מגורי המנוי ניתן לקבל במוקד השירות) (להלן - "שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים"):
- 4.1.1.1. עששת נרחבת - סתימה זמנית.
  - 4.1.1.2. חלל פתוח בשן - סתימה זמנית.
  - 4.1.1.3. צוואר שן חשוף - חומר למניעת רגישות.
  - 4.1.1.4. דלקת חריפה - עקירת עצב או חומר חניטה.
  - 4.1.1.5. מורסה ממקור שן - ניקוז מורסה ו/או טיפול בסגר.
  - 4.1.1.6. דחיסת מזון - טיפול בחניכיים.
  - 4.1.1.7. דלקת סב - כותרתית - שטיפה ו/או טיפול תרופתי.
  - 4.1.1.8. דלקת חניכיים - הסרת אבנית מקומית ו/או טיפול תרופתי.
  - 4.1.1.9. כאבים לאחר עקירה - שיכוך כאבים.
  - 4.1.1.10. מכתשית יבשה - ניקוי מכתשית ו/או טיפול תרופתי.
  - 4.1.1.11. דימום לאחר עקירה או פרוצדורה כירורגית - עצירת דימום.
  - 4.1.1.12. פצע לחץ תחת תותבת קיימת - שחרור פצע לחץ.
  - 4.1.1.13. נפילת כתרים - הדבקה זמנית.
  - 4.1.1.14. כל טיפול נוסף הנובע מכאב שיניים - יינתן טיפול להקלה או להפסקת הכאב.
  - 4.1.1.15. בדיקה וצילום השיניים הכואבות.
  - 4.1.1.16. מתן מרשם מתאים לשיכוך הכאב במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת.

### 4.2. כללי

- 4.2.1. כל טיפול החורג מגדר שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים יינתן בתשלום, לפי בקשת המנוי.
- 4.2.2. שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום, ובכפוף לאמור להלן:
- 4.2.3. בין השעות 20:00 עד 08:00 בבוקר למחרת - שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק במרפאות תורניות הנמצאות בירושלים, תל-אביב, חיפה ובאר שבע.
- 4.2.3. נזק המנוי לשירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, יפנה המנוי טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, וימסור את הפרטים המצוינים בסעיף 3.2.2 לעיל. מוקד השירות יפנה את המנוי למרפאת השיניים התורנית הקרובה. מובהר, כי שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק לפי הפניה של מוקד השירות כאמור לעיל.
- 4.2.4. שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו כנגד הצגת תעודת זהויה.

#### 4.3. אחריות

מובהר בזאת כי מרפאות השיניים הן המעסיקות של רופאי השיניים שיתנו את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים על פי כתב שירות זה, והן בלבד תהיינה אחראיות לכל טיפול שיתנו רופאי שיניים אלה לפי כתב שירות זה.

מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, תהא מרפאת השיניים הרלוונטית שתיתן בפועל את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, והיא בלבד, אחראית לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ביקורופא ו/או כל מי מטעמה שיארגן את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים (למעט מרפאת השיניים עצמה) ו/או המבטחת לא תהיה אחראית כלפי המנוי בכל מקרה ובכל עניין.

#### 5. שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי

##### 5.1. השירות

5.1.1. המנוי יהיה זכאי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי (להלן: "שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי"), אשר במסגרתם יהיה זכאי לפגישות פנים מול פנים עם מטפל (להלן - "פגישות ייעוץ אישיות").

5.1.2. מובהר בזאת כי שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי הינם טיפולים הנעשים בקליניקות פרטיות בלבד, ללא צורך באשפוז או טיפול במעון יום או כל התערבות מוסדית אחרת.

##### 5.2. כללי

5.2.1. נזקק המנוי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומס' תעודת הזהות שלו.

5.2.2. מוקד השירות יפנה את המנוי למטפל לאחר שיוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על פי כתב שרות זה.

5.2.3. פגישות הייעוץ האישיות תערכנה עם אחד המטפלים אשר ביקורופא התקשרה עמו בהסכם. מובהר, כי המטפל שנתן את הייעוץ הראשוני למנוי, לא יבצע בהכרח את פגישות הייעוץ האישיות עם המנוי, ואולם הוא יהיה זה שימסור למנוי, את שם המטפל שיבצע את פגישות הייעוץ (להלן - "המטפל") ואת מספר הטלפון שלו, בין במסגרת שיחת הייעוץ הטלפוני ובין במועד מאוחר יותר.

5.2.4. על המנוי, לפנות טלפונית בעצמו, אל המטפל בפועל על מנת לתאם עמו מועד לפגישת הייעוץ האישיות הראשונה והפגישות שתבואנה אחריה.

5.2.5. פגישות הייעוץ האישיות תערכנה במועד שיתואם ישירות בין המנוי לבין המטפל בפועל כאמור לעיל.

פגישת הייעוץ האישיות הראשונה תיערך בתוך שבוע ימים ממועד הפנייה של המנוי אל המטפל.

במקרים דחופים, על פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך שני ימי עבודה ממועד הפנייה של המנוי למטפל בפועל, אלא אם המנוי יבקש שתיערך במועד מאוחר יותר.

5.2.6. פגישות הייעוץ האישיות יערכו בימי עבודה ובשעות העבודה המקובלות אצל המטפל.

5.2.7. פגישות הייעוץ האישיות, יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה במועד פגישת הייעוץ הראשונה.

- 5.2.8 פגישות הייעוץ האישיות תיערכנה במשרדו של המטפל, כאשר המנוי הנזקק לשרות יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל המטפל.  
**מובהר בזאת כי השירות אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המנוי.**
- 5.2.9 עם תום פגישת הייעוץ יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי המטפל בפועל קיים את פגישת הייעוץ האישיית.
- 5.2.10 המנוי יודיע למוקד השרות על כל שינוי בכתובתו ובמספר הטלפון של ביתו.
- 5.2.11 במקרה שהמנוי יבקש לבטל פגישת ייעוץ כלשהי, יודיע על כך ישירות למטפל בפועל לפחות יום עבודה אחד מראש. למען הסר ספק מובהר, כי במקרה שהמנוי לא יודיע על ביטול פגישת הייעוץ לפחות יום עבודה אחד מראש, יחויב המנוי בדמי טיפול עבור אותה פגישת ייעוץ.

### 5.3 הגבלות וחריגים

- 5.3.1 המנוי יהיה זכאי לכל היותר ל-12 פגישות ייעוץ לכל שנת ביטוח.
- 5.3.2 למטפלים, לפי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקק לטיפול אחר שלא לטפל בפנייה של המנוי ולהפנותו לשירותי חירום ציבוריים.
- 5.3.3 השירות על פי כתב שירות זה לא יינתן במקרה שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של מרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.
- 5.3.4 שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על פי כתב שירות זה לא יינתנו במקרים שעל פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל הינם מקרים של אוטיזם, פיגור שכלי, מצבים פסיכויטיים כרוניים, הפרעות נוירולוגיות של התפתחות, שימוש והתמכרות לסמים ועבריינות.
- 5.3.5 למנוי הזכות לבקש להחליף את המטפל, ובמקרה זה ביקורופא תעשה כמיטב יכולתה על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר עמו התקשרה ביקורופא בהסכם, ובלבד שהחלפת המטפל לא תסתור את שיקול הדעת המקצועי של המטפל המקורי בפועל.
- 5.3.6 למטפל שיקול הדעת המקצועי המלא והבלעדי להפנות את המבוטח למטפל אחר במערך של ביקורופא.
- 5.3.7 השירות לא יינתן במקום שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, קיים רקע אורגני לסבלו של המנוי או חשד לרקע אורגני, המצריך על פי הוראות כל דין בדיקה של רופא בסמוך לתחילת הטיפול, אלא אם נמסר למטפל בפועל אישור בכתב של הרופא הקובע את הטיפול הדרוש.
- 5.3.8 השירות על פי כתב שירות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

### 5.4 אחריות

- 5.4.1 מחויבותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפול בקריאה של מנוי לקבלת השרות תסתיים בהתרחש אחד משני האירועים המפורטים להלן, המוקדם מביניהם:
  - 5.4.1.1 הפניית קריאתו של המנוי לייעוץ טלפוני או הפניית המנוי למטפל לצורך פגישת ייעוץ, לפי העניין.
  - 5.4.1.2 ביטול הקריאה לקבלת הייעוץ הטלפוני על ידי הודעת המנוי למוקד השרות.

- 5.4.2 האחריות בגין איכות השרות נשוא כתב שרות זה ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת, תחול על המטפל בפועל בלבד או על המטפל שנתן את הייעוץ הטלפוני, לפי העניין, וביקורופא לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 5.4.2.1 איכות שירות הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי נשוא כתב שירות זה.
- 5.4.2.2 רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או להוריו ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שרות זה.
- 5.4.2.3 הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 5.4.2.4 הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפולים או שירותים על ידי איש מקצוע שאינו מטפל כהגדרתו בסעיף 1.7 לעיל.
- 5.4.3 מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל מובהר, כי המטפל שיתן בפועל את שרות הייעוץ והסיוע הפסיכולוגי, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי, להוריו או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן השרות, אם בשל מעשה ואם בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ביקורופא ו/או המבטחת אינן ולא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

## 6. כללי

- 6.1 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 6.2 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה לרופא ההסכם שיצר עמו קשר טלפוני או לנותן איזה משירותי המידע.
- 6.3 על אף האמור בכתב שירות זה, ביקורופא לא תהא מחויבת על פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי בנותני שירות או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות ביקורופא למונעו.
- 6.4 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד.
- 6.5 המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו, במספר הטלפון של ביתו ועל כל שינוי בבני המשפחה המנויה.

## 7. השתתפות עצמית

- 7.1 שירותי המידע יינתנו ללא כל תשלום של דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי לביקורופא.
- 7.2 שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו ללא כל תשלום של דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי לביקורופא.
- 7.3 שירות ביקור רופא לילי, יינתן כנגד תשלום דמי השתתפות עצמית בסך של 25 (עשרים וחמישה) ₪ בגין כל מנוי שניתן לו שירות ביקור רופא לילי במסגרת אותו ביקור (בין אם ביקור בית או ביקור במוקד הרפואי). המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם, שביצע את שירות ביקור רופא לילי את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל.
- כמו כן המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם תמורה בגין תרופה בבקבוקים או תרופה באמפולות או זריקות, במידה ותרופות כאמור יינתנו לו ע"י רופא ההסכם.
- 7.4 ייעוץ וסיוע פסיכולוגי יינתן כנגד תשלום השתתפות עצמית בסך של 80 ₪ לפגישה הראשונה ובתשלום וסך של 100 ₪ לכל אחת מ-11 הפגישות הנוספות.
- 7.5 המנוי ישלם ישירות למטפל, את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל.

- 7.6. הסכומים האמורים כוללים מע"מ בשיעור של 15.5%. היה יוחול שינוי בשיעור המע"מ ישתנו סכומים אלה בהתאם.
- 7.7. הסכומים הנ"ל צמודים למדד ממדד הבסיס ואולם הם יעודכנו אחת ל-12 חודשים בלבד ולראשונה ב-1.1.2001.
- 7.8. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, תהא ביקורופא רשאית להפסיק ליתן את השירותים למשפחה המנויה לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

## 8. תקופת תוקפו של כתב השירות

- 8.1. תוקף כתב השירות יהיה 12 חודשים ממועד תחילת תוקפה של פוליסת הביטוח, והוא יחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 12 חודשים כל אחת, ללא צורך בהצהרת בריאות, או בדיקה רפואית, יהא מצבו הרפואי של המנוי אשר יהא, אלא אם כן יוחלט על ידי המנוי ו/או חברת הביטוח שלא לחדשו.
- 8.2. כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השירותים.
- 8.3. מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על פי כתב שירות זה לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד לקבלת השירות לפני תום תקופת תוקפו, אך טרם קיבל את השירות בפועל, ולרבות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת הטיפולים נשוא כתב השירות לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את סידרת הטיפולים שהומלצה לו על ידי נתן השירות.
- 8.4. במקרה של ביטול כתב השירות יתבטל כתב השירות לגבי כל אחד מבני המשפחה המנויה.



# פרק ו': שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

## 1. מקרה הביטוח:

הזדקקותו של המוטב לשירותי רפואה משלימה המפורטים להלן.

2. החברה תחזיר למבוטח 70% מההוצאות בפועל שהיו לו עבור שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), בכפוף להגדרות ולסכומי השיפוי המרבי המפורטים להלן למוטב אשר לפי אבחנת הרופא המטפל בו (שהינו בעל רישיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל) מצב בריאותו השתנה לרעה לעומת מצבו במועד הקובע, ואשר קיבל הפניה בכתב לקבלת טיפול באמצעות רפואה משלימה מהרופא המטפל הנ"ל, או לפי העניין הפניה ליעוץ דיאטטי:

- 2.1. "אקופונקטורה" - טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 2.2. "הומאופתיה" - שיטת טיפול כוללת, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמחלו או דוללו פעמים רבות.
- 2.3. "ביו פידבק" - טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מידית של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.
- 2.4. "כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידייו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.
- 2.5. "אוסטיאופתיה" - טיפול להשגת הקלה בהפרעות השרירים והשלד ע"י שיפור הזרימה במערכות כלי הדם, הלימפה והעצבים.
- 2.6. "פלדנקרז" - טיפול ביכולת התנועה ויציבת הגוף, תוך פיתוח מודעות להרגלי התנועה והקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 2.7. "רפלקסולוגיה" - טיפול באמצעות לחיצות ועיסוי בעיקר בכפות הרגליים לאבחון ושיפור תפקודן של מערכות הגוף השונות.
- 2.8. "שיאצו" - לחיצות ועיסוי, בעיקר ע"י אצבעות הידיים, לצורך קווי זרימת האנרגיה בגוף לצורך שחרור ואיזון הזרימה.
- 2.9. "נטורופתיה" - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 2.10. "ייעוץ דיאטטי" - התאמה אישית של תכנית תזונה למנוי.

## 3. סכום הביטוח:

- 3.1. סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח על פי סעיף זה בגין כל טיפול לא יעלה על 185 ש"ח.
- 3.2. סכום השיפוי המרבי הכולל שישולם למבוטח על פי סעיף זה לא יעלה על 1,622 ש"ח למוטב לשנת ביטוח.
- 3.3. לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולים עתידיים.

## 4. הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

- סעיף החריגים הכלליים בפוליסה שאליה צורף נספח זה, חל גם על נספח זה. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה במקרים הבאים:
- 4.1. היפנוזה, היפנוטרפיה.
  - 4.2. טיפולים ו/או ייעוץ לצורך הרזיה שאינה צורך רפואי ברור ו/או שאינה על פי המלצה רפואית.
  - 4.3. טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו').
  - 4.4. הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך טיפול.

## פרק ז': נספח "עזרה" למקרה ניתוח

1. **בן משפחה**  
"בן משפחה" על פי נספח זה הינו מי שקיומו בו כל התנאים שלהלן במאוחד:  
א. בן משפחה קרוב של המוטב אשר בוטח על פי הפוליסה.  
ב. אינו קביל על פי הפוליסה ו/או בגין מצב בריאותו.  
בן משפחה קרוב: אישה, בעל, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, חם, חמות.
2. **סיוע במציאת ספקי שירותים רפואיים**  
החברה תקשר את בן המשפחה המעוניין, לנותני שרות המצויים בהסכם עם החברה.
3. **זכות שימוש בהסכמי המבטח**  
כל בן משפחה יהא זכאי לקבל את הטיפולים הכלולים בפוליסה הבסיסית במחירים מיוחדים על פי ההסכמים של החברה.
4. **טיפול אדמיניסטרטיבי וכספי**  
החברה תשלם ישירות לנותן השרות הנמצא בהסכם עמו, או לבן המשפחה ו/או למוטב כאשר ביצע פעולה ע"י נותן שירות אחר, בגובה הסכום המשולם לנותני שירות שבהסכם. התשלום יבוצע כנגד חתימת המוטב ו/או בן משפחה על הסכם מימון.

# פרק ח': ביטוח לייעוץ רפואי מיוחד

## 1. מקרה הביטוח:

נתגלתה במוטב מחלה קשה (כמפורט להלן) יהיה זכאי לשתי פגישות ייעוץ אצל רופאים מומחים שבהסכם עם החברה. התשלום יועבר על ידי החברה, ישירות לרופא ההסכם. אם הייעוץ יתבצע על ידי רופא אחר, יוחזרו למוטב הוצאותיו עד תעריף שר"פ הדסה.

## 2. הגדרת מחלות קשות:

### 2.1. סרטן -

2.1.1. נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

2.1.2. אין מחלת הסרטן כוללת את:

- א. מחלות עור מסוג: BASAL CELL CARCINOMA & HYPERKERATOSIS
- ב. מחלות עור מסוג SQUAMOUS CELL CARCINOMA - אלא אם התפשטו לאיברים אחרים.
- ג. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS ו/או HIV חיובי (כולל KAPOSI SARCOMA).
- ד. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L).

### 2.2. אי ספיקת כליות כרונית -

חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להימודיאליזה או לדיאליזה תוך - צפקית (פריטונאלית) או לצורך השתלת כליה.

### 2.3. שבץ מוחי -

כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה.

כל זאת להוציא אי ספיקה ורטברו - בזילרית ו-TIA.

### 2.4. התקף לב -

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

אבחנה של התקף לב חייבת להתבסס על שניים משלושת המבחנים המצטברים הבאים:

- 2.4.1. כאבי חזה אופייניים.
- 2.4.2. שינויים חדשים שחלו באק"ג האופייניים לאוטם.
- 2.4.3. עליה של רמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים.

### 2.5. עיוורון -

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.

## 2.6. נכות מלאה ותמידית -

המוטב ייחשב כבעל נכות מוחלטת ותמידית אם כתוצאה מתאונה או מחלה נשללה ממנו לחלוטין ולצמיתות האפשרות לעסוק בתעסוקה כלשהי או לעשות עבודה כלשהי תמורת תגמול או רווח. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, אובדן מוחלט ולצמיתות של כושר הראייה של שתי העיניים, או אובדן מוחלט ולצמיתות של כושר השימוש בשתי גפיים, ייחשבו לנכות מוחלטת ותמידית לעניין זה.

## 3. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 60 יום.

# פרק ט': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים

(לבעלי שב"ן - "כללית מושלם / פלטינום", "מגן זהב", "מאוחדת עדיף / שיא", "לאומית זהב")  
פרק זה יחול במקום פרק א', אך ורק על מוטב אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים כמפורט בסעיף 2.2.3 בתמורה לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 4.2 להסכם זה.  
החברה תשפה החברה את המוטב ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאותיו, בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה, להוראות ולחריגים המפורטים בנספח זה.

## 1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא הצורך בביצוע ניתוח.

מועד קרות מקרה הביטוח הוא המועד בו אובחן לראשונה המצב הרפואי אשר כתוצאה ממנו נזקק המוטב לניתוח.

## 2. תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח

החברה תשפה את המבוטח, בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

2.1. מבוטח יהא זכאי על פי נספח זה לתגמולי הביטוח שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במקרה ביטוח במסגרת השב"ן שבו הוא חבר.

הסכום המקסימלי שהחברה תחוב למבוטח על פי נספח זה לא יעלה על ההפרש שבין העלויות של כל המרכיבים המופיעים בסעיף 4 להלן לבין מלוא הזכויות המוקנות במקרה ביטוח במסגרת השב"ן שבו הוא חבר.

2.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 2.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה.

2.3. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 2.2 לעיל, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תכנית שב"ן.

2.4. 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, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן, והוראות סעיף 2.1 לא יחולו על מקרה הביטוח.

## 3. ברות ביטוח

3.1. הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן, להצטרף לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי המורחב לניתוחים הנהוג בחברה במועד תחילת ביטוח זה, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים כנהוג בחברה באותה עת ובאישור החברה. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

3.2. מבוטח אשר ינצל את זכאותו על פי סעיף זה יהיה זכאי ל-10% הנחה בשנת הביטוח הראשונה בפוליסת הביטוח הכוללת כיסוי מורחב לניתוחים.

#### 4. ההוצאות המוכרות בגין מקרה ביטוח

- 4.1 **שכר מנתח בבי"ח פרטי:** כיסוי בהתאם לסוג הניתוח שבוצע, אשר לא יעלה על הסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל, ועד לתקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם של החברה, עבור הניתוח שבוצע.
- 4.2 **התייעצות לפני ניתוח פרטי:** כיסוי הוצאות התייעצות מוקדמת אחת (לפני ניתוח) עם המנתח אשר ביצע בפועל את הניתוח.
- 4.3 **התייעצות נוספת לפני ניתוח פרטי:** מבוטח אשר נקבע לו על ידי רופא מומחה בתחום הרלבנטי צורך בביצוע ניתוח המכוסה על-פי תנאי הפוליסה, יהיה זכאי לקבלת חוות דעת שנייה מרופא מומחה נוסף בתחום זה בשאלת הצורך בניתוח. חוות הדעת השנייה תינתן על ידי רופא מומחה - מנהל או סגן מנהל מחלקה / יחידה, כפי שייקבע על ידי החברה, באמצעות הפניית המבוטח לבדיקת המומחה ו/או העברת המסמכים הרפואיים הרלבנטיים לעיונו (לפי שיקול דעת החברה).
- 4.4 **שכר רופא מרדים בבית חולים מוסכם:** כיסוי הוצאות הרופא המרדים בגין הרדמה שבוצעה במבוטח בעת ניתוח פרטי או תחזיר הוצאות אלה למבוטח בהתאם לסכום הקבוע של החברה עבור מרדים ע"פ הניתוח שבוצע.
- 4.5 **אשפוז בבית חולים במקרה ניתוח פרטי:** כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות לתקופה שלא תעלה על 30 ימים.
- 4.6 **הוצאות חדר ניתוח בבית חולים:** כיסוי ההוצאות עבור חדר ניתוח, ע"פ הניתוח שבוצע.
- 4.7 **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:** החברה תשלם ישירות לבי"ח בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח פרטי, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח.
- 4.8 **תותבות / שתלים:** בוצע במבוטח בבית חולים מוסכם ניתוח, ובמהלך הניתוח הושטלו במבוטח תותבות כלשהן, תשתתף החברה בעלות התותבות הנ"ל עד 25,000 ₪.
- יובהר, במקרים בהם קיים כיסוי לתותבת בשב"ן, תכסה החברה את ההפרש שבין ההוצאה בפועל לרכישת האביזר לבין הכיסוי שבמסגרת השב"ן, ובסה"כ לא יעלה ההפרש המכוסה על 25,000 ₪.**
- 4.9 **שכר אחות פרטית/ בעת ניתוח:** החזר למבוטח עד 650 ₪ לכל יום אשפוז עקב ניתוח בבית חולים פרטי ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי אשפוז.
- 4.10 **שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים בישראל:** החזר למבוטח בגין שירותי אמבולנס של מגן דוד אדום או שירות אמבולנס אחר עבור העברתו של המבוטח לבי"ח פרטי או ממנו או העברתו בין בתי החולים עקב ניתוח בבית חולים פרטי, עד תעריף מד"א.
- 4.11 **ביצוע ניתוח בחו"ל:** בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל המכוסה על-פי ביטוח זה, תחזיר החברה למבוטח את הוצאותיו במטבע ישראלי בישראל בהתאם לשער היציג ביום התשלום ע"י החברה ובהיקף זכאותו של המבוטח על-פי נספח זה בישראל.

#### 5. ניתוח בבית חולים ציבורי

- בוצע ניתוח במערכת הציבורית בישראל, ללא השתתפות החברה, תשלם החברה למבוטח פיצוי בגובה 25% משכר מנתח שבהסכם, כפי שמפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il), בגין ניתוח שבוצע.

## 6. פיצוי מיוחד להחלמה לאחר ניתוח:

- 6.1. מבוטח, אשר נדרש לשלם במסגרת השב"ן שבו הוא חבר השתתפות עצמית בלבד, יהיה זכאי להחזר ההשתתפות העצמית, על פי הוראות סעיף 2 לעיל, ובנוסף תשלם החברה למבוטח פיצוי כספי בגובה 50% מההשתתפות העצמית ששולמה על ידו.
- 6.2. מבוטח, אשר לא נדרש לשלם תשלום כלשהו במסגרת השב"ן שבו הוא חבר, ובשל כך לא חבה החברה בכיסוי כלשהו על פי הוראות סעיף 2 לעיל, יהיה זכאי לפיצוי כספי בגובה 25% מהסכום המשולם על ידי החברה כשכר מנתח הסכם בגין ניתוח שבוצע. יובהר, תגמולי החלמה על פי סעיף זה ישולמו בגין ניתוח שבוצע במסגרת השב"ן, ולא בגין ניתוח שבוצע בבית חולים ציבורי.

## 7. פיצוי במקרה מוות במהלך ניתוח:

נפטר המבוטח במהלך 7 ימים מהיום בו עבר ניתוח המכוסה במסגרת נספח זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) תשלם החברה ליורשיו על-פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה בנוסף לתגמולי הביטוח סכום נוסף של 100,000 ₪. בתנאי שהמבוטח מעל גיל 21 ומתחת לגיל 67.

## 8. תשלום במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה העיסוקי כתוצאה מביצוע ניתוח:

- 8.1. החברה תשלם למבוטח פיצוי חודשי של 2,243 ₪ במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה שנגרם כתוצאה ישירה (ובלעדית) מביצוע ניתוח המכוסה במסגרת נספח זה (ולא בגין המצב הרפואי ו/או טיפולים הקשורים בו) ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21 ומתחת לגיל 67 ושהיה כשיר לעבוד עבודה מלאה, עובר ליום ביצוע הניתוח ו/או 6 חודשים בטרם בוצע הניתוח.
- 8.2. המבוטח ייחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה לצורך סעיף זה וזכאי לקבלת הפיצוי החודשי אם נשלל ממנו בשיעור של לפחות 75% הכושר לעסוק באופן זמני או קבוע בעיסוק ו/או במקצוע בהם עסק לפני הניתוח ובתנאי שאינו עובד בעבודה כלשהי ואינו מקבל במישרין ו/או בעקיפין שכר או תגמול או הכנסה בגין עבודתו, וזאת לתקופה העולה על שלושה חודשים מיום ביצוע הניתוח (להלן: תקופת המתנה).
- 8.3. אם לא הייתה למבוטח תעסוקה במועד קרות מקרה הביטוח יחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה אם יהיה מרותק לביתו עקב קרות מקרה הביטוח.
- 8.4. הפיצוי החודשי ישולם החל מתום תקופת המתנה, לתקופה מרבית של 24 חודשים ובכל מקרה יפסק התשלום עם הגיע המבוטח לגיל 67.
- 8.5. אם חזר המבוטח לעבוד בעיסוק ו/או במקצוע בהם עסק לפני הניתוח, או בכל עבודה אחרת, ופחתה הכנסתו מהכנסתו החודשית המוצהרת, תשלם לו החברה פיצוי חודשי, כאמור, באופן יחסי המתאים לפגיעה היחסית בהשתכרותו.
- 8.6. אם חוזר למבוטח כושר עבודתו, חייב הוא ו/או המשלם להודיע על כך לחברה מיד והחברה תפסיק את תשלום הפיצוי החודשי.
- 8.7. במקרה של אובדן כושר עבודה בגין אותו מקרה ביטוח המבוטח לא יהיה זכאי לתקופת תשלום נוספת מעבר לתקופה המרבית כאמור בסעיף 8.4 לעיל.

## 9. חריגים מיוחדים

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

סעיף החריגים הכלליים בפוליסה חל אף על פרק זה.

בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

- 9.1. ניתוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור מעיים, למעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד.
- 9.2. ניתוח הקשור בפוריות ו/או עקרות.
- 9.3. ניתוח בגלל פציעה שארעה תוך פעילות ספורט מקצועי אשר שכר בצידה ו/או במסגרת אגודת ספורט.
- 9.4. השתלת איברים בישראל או בחו"ל, ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל.
- 9.5. בדיקה / בדיקות, מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה / ות ופעולות הדמיה כגון: MRI ו-CT כאשר אלה אינן חלק ממהלך הניתוח.
- 9.6. ניתוחים הקשורים בשיניים.
- 9.7. ניתוחים הקשורים להריון ו/או לידה למעט גרידה בשל צורך רפואי וניתוח קיסרי, בתנאי מפורש כי המוטבת לא עברה ניתוח קיסרי בטרם הצטרפה לפוליסה זו.

## 10. התחייבות המבוטח

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

### 10.2. חובת דיווח של המבוטח

המבוטח מתחייב בזאת לדווח מיידית בכתב לחברה על כל שינוי שיחול בחברותו בקופת החולים ובחברותו בשב"ן, כמופיע בהצהרת המבוטח המצורפת לנספח זה. אין באמור בסעיף זה כדי להרחיב את חבות החברה מעבר לאמור בסעיף ובסעיף 2.3 לעיל.

## 11. שינוי בתנאי הפוליסה

אם יחולו שינויים בהיקף הכיסוי על פי השב"ן, תהא החברה רשאית לערוך שינויים בפוליסה, וזאת בכפוף לקבלת אישורו של המפקח על הביטוח והשינויים ייכנסו לתוקף 60 יום לאחר שתשלם למבוטח הודעה בכתב מאת החברה.

## 12. ביטול הנספח

תוקף נספח זה יפוג בקרות אחד המקרים דלהלן, הקודם מביניהם:

- 12.1. כאשר הביטוח היסודי יבוטל.
- 12.2. עם הפסקת תשלום דמי הביטוח, בכפוף לתנאי חוק חוזה הביטוח.
- 12.3. במעבר לפוליסת ביטוח הכוללת כיסוי מורחב לניתוחים, על פי הוראות סעיף 3 לעיל.

## 13. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 60 יום.

במקרה של גרידה או ניתוח קיסרי תהא תקופת אכשרה של 365 יום.



## איך לנהוג בעת תביעה?

### מה לעשות כשצריך ניתוח פרטי?

- טרם ביצוע הניתוח יש ליצור קשר עם מוקד שרות הלקוחות של הראל בטלפון: **1-800-44-5000**. אנו נסייע בנושא יצירת קשר עם הרופא המנתח במידת הצורך.
- לאחר בחירת הרופא המנתח יש לשלוח לחברת הביטוח את שמו של הרופא, הסכמתו לביצוע הניתוח ומכתב ממנו המכיל את כל פרטי תולדות המחלה וסוג הניתוח.
- מניסיוננו, במרבית המקרים תבחר **ברופא הקשור בהסכם** עם הראל ואז, לאחר בדיקת הזכאות, תשלם הראל ישירות למנתח את שכרו וישירות לביה"ח עבור שרותיו.
- את רשימת מנתחי ההסכם ניתן לקבל באמצעות מוקד שירות לקוחות או באמצעות אתר האינטרנט של הראל [www.harel-ins.co.il](http://www.harel-ins.co.il).
- אם תבחר **ברופא שאינו קשור בהסכם** עם הראל אזי, לאחר בדיקת הזכאות, תשלם הראל ישירות לביה"ח עבור שרותיו. את שכר המנתח תשלם אתה והראל תחזיר לך, לאחר קבלת הקבלה המקורית, את שכר המנתח עפ"י הסכום שהיא משלמת למנתח מקביל המופיע ברשימת מנתחי ההסכם שלה.

### ביצוע ניתוח באופן דחוף

- במקרה של ניתוח דחוף הנך מתבקש להודיע לביה"ח ולמנתח כי הנך מבטוח בביטוח רפואי בהראל.
- בהזדמנות הראשונה הודע להראל או לתבונה על הניתוח והעבר את כל המידע הרפואי בצרף **הקבלות המקוריות** על התשלומים ששילמת.

### מה לעשות כשצריך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל?

עם היוודע הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד בחו"ל, ליצור קשר עם מוקד שירות הלקוחות של הראל בטלפון **1-800-44-5000**. אנשי מחלקת התביעות ידריכו אותך בתהליך התביעה במקרה השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.

### להזמנת רופא לביקור בית בלילה ו/או לשירות הייעוץ הפסיכולוגי:

יש להתקשר למוקד טלפוני ארצי בקו ירוק של חברת ביקורופא **1-800-260-660** (רב קווי).

### אנו עומדים לרשותך בכל עת!

#### מוקד שרות לקוחות הראל

טל': **1-800-44-5000**

כתובת: אבא הלל 3, בית הראל, ת.ד. 1951, רמת-גן 5211802

#### אלדור ביטוח

טל': **04-8738881**

#### דורון שביט

טל': **050-2269526**

דוא"ל: [doron@eldorins.co.il](mailto:doron@eldorins.co.il)

#### מוקד חברת ביקורופא

טל': **1-800-260-660**

## פרטי התקשרות

### מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞

אבא הלל 3, בית הראל 📍

ת.ד. 1951, רמת-גן 5211802

### אלדור ביטוח

04-8738881 📞

### דורון שביט

050-2269526 📞

doron@eldorins.co.il 📧

### מוקד חברת ביקורופא

1-800-260-660 📞