



**Tower**  
Semiconductor  
Where **Analog** and **Value** Meet

ביטוח בריאות קבוצתי  
לעובדי טאואר סמיקונדקטור  
ובני משפחותיהם

**הראל**  
ביטוח ופיננסים

**אלדור**  
ביטוח עם יחס אישי

## עובד/ת יקר/ה,

הנהלת טאואר סמיקונדקטור בע"מ, בשיתוף עם "הראל חברה לביטוח בע"מ", ו"אלדור סוכנות לביטוח" שמחים להציג בפניך את תנאי תכנית ביטוח הבריאות הייחודית המשופרת לעובדי החברה ובני משפחותיהם.

בתוכנית זו השקענו מחשבה רבה במטרה להעניק לך ולבני משפחתך תכנית בריאות מקיפה המותאמת לצרכיך האישיים, בעלת שיפורים משמעותיים ורכיבים חדשים.

אנו שמחים לבשר כי הנהלת החברה החליטה להמשיך ולבטח את כל עובדיה ברובד הבסיס במימון מלא של החברה.

ניתן למצוא את פרטי הביטוח בחוברת זו (להלן רובד בסיס - פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי טאואר סמיקונדקטור). כמו כן, ניתן להרחיב את פוליסת הביטוח באופן וולונטרי (להלן רובד ההרחבה ולהוסיף כיסוי ביטוחי לניתוחים, רפואה משלימה, פיזיותרפיה/הידרותפיה, התייעצויות עם רופאים, בדיקות אבחנתיות, בדיקות הריון טיפולים מחליפים ניתוח, מרפאות כאב וטיפול בתא לחץ ועוד) ולצרף את בני המשפחה.

הראל חברה לביטוח בע"מ, הינה החברה המובילה בישראל בביטוח הבריאות, וניסיונה הרב של אלדור סוכנות לביטוח מאפשרים לכם לקבל את המוצר והשירות הטוב, המיומן והיעיל ביותר בעת הצורך

**אנו מאחלים לכם בריאות שלמה,**

**אגף משאבי אנוש**

**טאואר סמיקונדקטור בע"מ**

# תוכן עניינים

4.....	גילוי נאות
	תמצית תנאי הביטוח -
4.....	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי טאואר סמיקונדקטור ובני משפחותיהם
16.....	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי טאואר סמיקונדקטור בע"מ ובני משפחותיהם
31.....	רובד בסיס
31.....	פרק א': ביטוח להשתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
34.....	פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות
37.....	פרק ג': שירות סיוע וייעוץ פסיכולוגי
38.....	פרק ד': כיסויים נוספים
39.....	רובד הרחבה
	פרק ה': הרחבה לפרק ב' -
39.....	ביטוח לתרופות מיוחדות (תנאי פרק זה יבואו במקום פרק ב' ברובד הבסיס)
43.....	פרק ו': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ
46.....	פרק ז': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח
50.....	פרק ח': ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
53.....	פרק ט': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

# גילוי נאות

טלפון *2735 פקס 037348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisetbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד רמת גן 1951, 5211802	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
------------------------------	--	---	---

## תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי טאואר סמיקונדקטור ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי טאואר סמיקונדקטור ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	רובד בסיס השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מיוחדות, שירותי סיוע ויעוץ פסיכולוגי, כיסויים נוספים. רובד הרחבה הרחבה לפרק ב' - תרופות מיוחדות (תנאי פרק זה יבואו במקום פרק ב' ברובד הבסיס), ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ או כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, שירותים רפואיים אמבולטוריים. *בהתאם לרבדים והמסלולים שנרכשו ע"י המבוטח.
תקופת הביטוח	3 שנים, החל מיום 1.6.2022 ועד ליום 31.5.2025.
תיאור הביטוח	<b>רובד בסיס</b> <b>השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל</b> כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה. <b>תרופות מיוחדות</b> כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטים בפרק זה. כמו כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה. <b>שירותי סיוע ויעוץ פסיכולוגי</b> החזר הוצאות עבור טיפול פסיכולוגי/פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי ו/או פסיכיאטר וגם טיפולים בבעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו ע"י רופא מומחה להתפתחות הילד ו/או נוירולוג אצל ילד מגיל 3 ועד גיל 18, המחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או הוראה מתקנת. <b>כיסויים נוספים</b> החזר הוצאות החלמה לאחר ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או כל ניתוח אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים תקופה העולה על 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים.

<b>תמצית פרטי הפוליסה</b>	
<p style="text-align: right;"><b>רובד הרחבה</b></p> <p><b>הרחבה לפרק ב' - תרופות מיוחדות (תנאי פרק זה יבואו במקום פרק ב' ברובד הבסיס)</b></p> <p>כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטים בפרק זה. כמו כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.</p> <p style="text-align: center;"><b>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ</b></p> <p>כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.</p> <p style="text-align: center;"><b>או</b></p> <p><b>כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (לבעלי שב"ן)</b></p> <p>מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.</p> <p><b>ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (כיסוי אופציונלי יש להסיר במידה ולא קיים בפרק)</b></p> <p>כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.</p> <p style="text-align: center;"><b>ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים</b></p> <p>השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, בדיקות מניעה, טיפולים פיזיותרפיים, בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים ועוד.</p>	<p>תיאור הביטוח</p>
<p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:</p> <p style="text-align: right;">חריגים כללים לפוליסה - <a href="#">סעיף 9</a>.</p> <p style="text-align: right;">רובד בסיס</p> <p style="text-align: right;">פרק ב': תרופות מיוחדות - <a href="#">סעיף 4</a>.</p> <p style="text-align: right;">רובד הרחבה</p> <p style="text-align: right;">פרק ה': תרופות מיוחדות - <a href="#">סעיף 4</a>.</p> <p style="text-align: right;">פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - <a href="#">סעיף 4</a>.</p> <p style="text-align: right;">פרק ז': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - <a href="#">סעיף 6</a>.</p> <p style="text-align: right;">פרק ח': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - <a href="#">סעיף 4</a>.</p> <p style="text-align: right;">פרק ט': שירותים רפואיים אמבולטוריים - <a href="#">סעיף 2.14</a> חריגים, <a href="#">2.15.1</a>, <a href="#">2.16.2</a>, <a href="#">3</a>.</p> <p style="text-align: right;">באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>
<p>פרק א': השתלות, <a href="#">סעיף 4.1.13</a> - <a href="#">פיצוי בגובה 10,000 ש"ח</a> בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p><a href="#">סעיף 4.2</a> - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, <a href="#">פיצוי בגובה 300,000 ש"ח</a>.</p> <p>פרק ח': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, <a href="#">סעיף 3.2.8</a> - <a href="#">פיצוי בגובה 200,000 ש"ח</a> בגין מוות כתוצאה ישירה מהניתוח.</p>	<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)<sup>1</sup></p> <p>פרק ג': שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי, תקופת אכשרה של 30 ימים.</p> <p>פרק ד': כיסויים נוספים, תקופת אכשרה של 30 ימים עבור החלמה לאחר ניתוח.</p> <p>פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p> <p>פרק ז': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.</p> <p>פרק ט': שירותים רפואיים אמבולטוריים, תקופת אכשרה של 30 ימים. עבור כיסויים הקשורים להריון, תקופת האכשרה של 180 יום.</p>	<p>השתתפות עצמית</p> <p>פרק ב': תרופות מיוחדות, השתתפות עצמית של 200 ₪ למרשם לחודש ועד 400 ₪ לכל המרשמים לחודש. תרופות שעלותן מעל 10,000 ₪ לחודש - ללא השתתפות עצמית.</p> <p>פרק ג': שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי, השתתפות עצמית של 25%.</p> <p>פרק ד': כיסויים נוספים, השתתפות עצמית שך 20% עבור החלמה לאחר ניתוח.</p> <p>פרק ה': תרופות מיוחדות, השתתפות עצמית של 200 ₪ למרשם לחודש ועד 400 ₪ לכל המרשמים לחודש. תרופות שעלותן מעל 10,000 ₪ לחודש - ללא השתתפות עצמית.</p> <p>פרק ח': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, השתתפות עצמית של 20% עבור התייעצות לפני ניתוח.</p> <p>פרק ט': שירותים רפואיים אמבולטוריים, השתתפות של 20%. עבור אבחון בעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה - השתתפות עצמית של 50%.</p>
<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים</p>	<p>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</p>

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

**תמצית פרטי הפוליסה**

עלות הביטוח

**רובד בסיס**

אופן התשלום	פרמיה	
מרוכז ע"י מעסיק	17.55 ₪	עובד וכל ילדיו עד גיל 26 שנה
בני זוג - מרוכז ע"י המעסיק. ילדים מעל גיל 26 - אמצעי גביה אישי	13.45 ₪	בן/בת זוג, ילד מעל גיל 26 שנה
אמצעי גביה אישי	25.00 ₪	גמלאי, בן בת זוג של גמלאי

**רובד הרחבה**

פרמיה בש"ח - מסלול ניתוחים משלים שב"ן.		פרמיה בש"ח - מסלול ניתוחים מלא ("מהשקל הראשון").		גיל המבוטח הראשי
עובד/גמלאי יחיד או ילד מעל גיל 26	משפחה - עובד/גמלאי, בן/ת זוג וכל ילדיהם עד גיל 26	עובד/גמלאי יחיד או ילד מעל גיל 26	משפחה - עובד/גמלאי, בן/ת זוג וכל ילדיהם עד גיל 26	
74.41 ₪	138.00 ₪	142.69 ₪	76.17 ₪	עד גיל 30
85.95 ₪	157.40 ₪	163.26 ₪	88.29 ₪	31-40
137.02 ₪	251.01 ₪	262.14 ₪	142.29 ₪	41-50
191.38 ₪	349.67 ₪	366.67 ₪	209.19 ₪	51-55
252.90 ₪	477.59 ₪	501.04 ₪	264.62 ₪	56-60
375.95 ₪	719.03 ₪	756.54 ₪	394.12 ₪	61-65
500.00 ₪	900.00 ₪	925.00 ₪	514.00 ₪	66 ומעלה

(עפ"י מדד שפורסם ביום 15.5.2022)

דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי.

ללא שינוי.

שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה		
רובד בסיס		
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
ביצוע השתלה בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 4.1 או 4.2 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	השתלה לפי סעיף 1.1 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה, וכל שילוב שביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר ו/או בעל חיים במקומם, או השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או מדם טבורי שמקורם מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 90 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד. סעיף 4.2 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.	סעיף 3.1.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.1.1.2 - עד לסך של 4,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם. סעיף 4.2 - פיצוי חד פעמי בסך 300,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה, למעט השתלת מח עצם עצמית, תאי גזע מדם היקפי ו/או טבורי.
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.2 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 3.1.2.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 3.1.2.2 - עד לסך של 800,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.
גמלת החלמה	סעיף 4.1.12 - לאחר ביצוע השתלה. סעיף 4.1.14 - במקרה של מבוטח הזקוק להשתלה והמרותק למיטתו.	סעיף 4.1.12 - סכום חודשי בסך ל-6,200 ₪ להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה או לבלב או 3,800 ₪ להשתלת כליה, מעי, שחלה או מח עצמות מתורם אחר (לא כולל השתלת מח עצמית), לתקופה של עד 24 חודשים. סעיף 4.1.14 - סכום חודשי בסך 3,500 ₪, לתקופה של עד 6 חודשים. מבוטח השוהה באשפוז זכאי לסכום חודשי בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	



**תרופות מיוחדות**

ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>השתתפות עצמית של 200 ₪ למרשם לחודש ועד 400 ₪ לכל המרשמים לחודש. תרופות שעלותן מעל 10,000 ₪ לחודש - ללא השתתפות עצמית.</p>	<p>סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 2,000,000 ₪. הסכום יתחדש אחת ל-3 שנים, כמפורט בסעיף 3.3 לפרק זה.</p>	<p><u>סעיף 2</u> בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום כהגדרתן פרק זה.</p>	<p>תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות</p>
	<p>עד לסך של 200 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 60 ימים.</p>	<p><u>סעיף 3.4</u> בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה</p>	<p>הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה</p>
<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>			<p>הערות</p>

שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) <sup>2</sup>	השתתפות עצמית
שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי	טיפול פסיכולוגי /פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי ו/או פסיכיאטר, טיפולים בבעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו ע"י רופא מומחה להתפתחות הילד ו/או נויורולוג אצל ילד מגיל 3 ועד גיל 18, המחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או הוראה מתקנת.	כיסוי עד ל-220 ₪ לטיפול ועד 3,300 ₪ לשנת ביטוח.	30 יום.	25% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

כיסויים נוספים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) <sup>3</sup>	השתתפות עצמית
החלמה לאחר ניתוח	החזר הוצאות עבור החלמה לאחר ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או כל ניתוח אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים תקופה העולה על 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים.	כיסוי עד ל-620 ₪ ליום ולא יותר מ-14 ימי החלמה.	30 יום.	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

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

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

**רובד הרחבה**

**הרחבה לפרק ב' - תרופות מיוחדות**  
**פרק זה חל על מבוטחים אשר הצטרפו לרובד ההרחבה במקום הכיסוי על פי פרק ב' -**  
**ברובד הבסיס**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABEL או תת-יתום או תרופה לפי סעיף 29ג', כהגדרתן בפרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 2,000,000 ש.ה. הסכום יתחדש אחת ל-3 שנים, כמפורט בסעיף 3.3 לפרק זה. עבור תרופות לפי סעיף 29 ג' סכום הביטוח המירבי הינו עד 600,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח. עבור בדיקה גנומית לגידול סרטני במקרה של סרטן מתקדם - עד 30,000 ש"ח למקרה. המבטח יישא בתגמולי ביטוח גם במקרה של טיפול תרופתי שאינו עומד בקריטריונים המצוינים בסעיפים 2.2.1-2.2.4 לפרק, ובלבד שהוגש טופס הוראת רופא לשימוש בתכשיר שאינו רשום בפנקס לחולה בודד וניתנה המלצה ע"י שני רופאים מומחים בכירים. במקרה כזה, יישא המבטח בתגמולי ביטוח עד לסכום של 100,000 ש"ח, לאחר שהסתיימו 6 חודשי טיפול.	השתתפות עצמית של 200 ש"ח למרשם לחודש ועד 400 ש"ח לכל המרשמים לחודש. תרופות שעלותן מעל 10,000 ש"ח לחודש - ללא השתתפות עצמית.
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.5 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	עד לסך של 200 ש"ח ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 60 ימים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.	
כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פולטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פולטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.	

ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בנייתו שבוצע בחו"ל	סעיף 3.1 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות העברה יבשתית תותבות ועוד.	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בנייתו. במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן שיפוי עד עלות הוצאות הניתוח שהיו משולמות על ידי החברה לספק בחו"ל הקשור עימה בהסכם במדינה בה מבוצע הניתוח או במדינה דומה.
הוצאות שהייה	סעיף 3.2.2 בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 7 ימים.	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 800 ש"ח ליום ועד 30 ימים. לשני מלווים יינתן הכיסוי למבטח מתחת לגיל 18 עד 1,000 ש"ח ליממה לשני מלווים ועד 30 ימים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 3.2.3 בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל וכתוצאה ישירה מהניתוח.	כיסוי מלא.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 3.3 בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל	עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בארץ.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

<b>ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים</b> <b>בפרק קיימים כיסויים נוספים על פי המפורט בתנאי הפוליסה</b>				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לקבל תגמול (אכשרה) <sup>4</sup>	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	סעיף 2 לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.	כיסוי עד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בפרק.	סעיף 4 - 30 יום, למעט במקרה של בדיקות הקשור בהיריון ו/או גרידה ו/או לידה - 180 יום.	
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 2.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה ו/או פסיכיאטר).	כיסוי עד ל-1,000 ש"ח להתייעצות ועד סה"כ 4 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.	סעיף 4 - 30 יום.	20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 2.3 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 4,000 ש"ח לבדיקה ועד 10,000 ש"ח עבור כל הבדיקות למבוטח לשנת ביטוח.	סעיף 4 - 30 יום.	20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים	סעיף 2.4 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-2,500 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח.	סעיף 4 - 30 יום.	20% מההוצאה בפועל
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 2.9 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר או סיסי שליה או כל בדיקה אחרת בכפוף להפניית רופא.	כיסוי עד 3,500 ש"ח לכל הריון או במקרה של הריון מרובה עוברים - עד 5,000 ש"ח לכל הריון.	סעיף 4 - 180 יום.	20% מההוצאה בפועל
הערות	<b>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</b>			

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ביום 15.5.2022.

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

## מידע נוסף:

**סכומים שאינם בערך נקוב:** יובהר כי תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב, אם קיימים בפוליסה שברשותך, מבוססים על מחירי הסכם המתעדכנים מעת לעת על פי המפורט באתר החברה. לבירור גובה תגמולי הביטוח האמורים הנכללים בתכנית הביטוח שברשותך, ניתן לפנות למוקד הראל, בטלפון \*הראל (2735\*) או באתר האינטרנט של החברה שכתובתו <http://www.harel-group.co.il/wps/portal>.

**התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.**

# פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי

## לעובדי טאואר סמיקונדקטור בע"מ ובני משפחותיהם

### 1. הגדרות כלליות

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

- 1.1 "החברה או המבטח" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל הנספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3 "בעל הפוליסה" - טאואר סמיקונדקטור בע"מ.
- 1.4 "המבטח" - עובד / גמלאי אצל בעל הפוליסה ו/או בן או בת זוגו ו/או ידועה/ בציבור ו/או ילדי עובד עד גיל 26 ו/או ילדי בן/בת זוג עד גיל 26, והכל בהתאם להגדרות המונחים בפוליסה, אשר הצטרפו ו/או יצטרפו לפוליסה.
- 1.5 "עובד קיים" - כל מי שהינו עובד אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הפוליסה, המועסק על ידי בעל הפוליסה, בכלל זה מי שנמצאת בחופשת לידה ו/או מי שהינו בחופשה ללא תשלום ואשר בעל הפוליסה נושא בעלות רובד הבסיס בגינו.
- 1.6 "עובד חדש" - עובד שלא היה מועסק אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הפוליסה.
- 1.7 "גמלאי" - מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה:
  - 1.7.1 קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדיון או בהסכם, ולפיו תשלום קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו;
  - 1.7.2 תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת;
- 1.8 "גיל הפרישה המוקדמת" - כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה, התשס"ד-4200;
- 1.9 "מבוטחים קיימים" - מבוטחים אשר היו מבוטחים במועד תחילת הפוליסה במסגרת הפוליסה הקודמת של בעל הפוליסה.
- 1.10 "פוליסה קודמת" / "ביטוח קודם" - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה זו ו/או פוליסה קבוצתית או פרטית של המבוטח שהייתה בתוקף ערב תאריך הצטרפותו של המבוטח לפוליסה.
- 1.11 "הסכם הביטוח" - הסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטח לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
- 1.12 "תאריך תחילת הביטוח" / "המועד הקובע" - 1.6.2022.
- 1.13 "תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.14 "דמי הביטוח" / "הפרמיה" - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.
- 1.15 "מקרה הביטוח" - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
- 1.16 "תקופת אכשרה" - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול



- מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח למעט מקרה ביטוח שארע כתוצאה מתאונה כהגדרתה בסעיף 1.53.
- מודגש, כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה), דינו כמקרה ביטוח שארע ו/או התגלה לפני תחילת הביטוח, והחברה לא תהא אחראית לתשלום תגמולי ביטוח כלשהם בגינו על פי פוליסה זו.
- 1.17. **"תקופת המתנה"** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורך לפוליסה.
- במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.
- 1.18. **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 1.19. **"מדד הבסיס"** - המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח כהגדרתו בסעיף 1.12 לעיל.
- 1.20. **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כהגדרתו בסעיף 1.12 לעיל.
- 1.21. **"גיל"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו, ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.
- 1.22. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.23. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.24. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
- 1.25. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994.
- 1.26. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.27. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל חבריה.
- 1.28. **"שירותי בריאות נוספים (שב")"** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.29. **"ישראל"** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.30. **"חול"** - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.31. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחול כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
- 1.32. **"בית חולים פרטי"** - בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
- למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב") עבורם תחול הגדרה לבית חולים פרטי כמפורט באותו הפרק.

- 1.33. **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.34. **"בית חולים בחו"ל"** - מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא, כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.
- 1.35. **"מנתח"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח.
- 1.36. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.37. **"רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות
- 1.38. **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.39. **"חדר ניתוח"** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.40. **"אח/אחות"** - אחות/בעלי תעודות הסמכה של רשות מוסמכת בישראל או בחו"ל.
- 1.41. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.42. **"נותן שירות"** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.43. **"נותן שירות/ספק שבהסכם"** - בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, מנתח שהינו רופא מומחה (כהגדרתו לעיל) או רופא אשר הוסמך בחו"ל כמומחה מנתח וכל רופא או גוף אחר עמם קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיו צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.
- 1.44. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו על ידי המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.45. **"תותבת/שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה. למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן) עבורם תחול הגדרה לתותבת/שתל כמפורט באותו הפרק.
- 1.46. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.47. **"יום אשפוז"** - שהות של 24 שעות בבית חולים.
- 1.48. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים עפ"י פירוט דמי הביטוח ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח קודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.

- 1.49. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח) או להמשיך את הביטוח (מאחר ונדרשת הסכמת המבוטח לפי תקנות ביטוח בריאות קבוצתית).
- 1.50. **"חיתום"** - תהליך קבלת החלטה אצל המבטח אם לקבל את המועמד לביטוח, ובאילו תנאים לקבלו (בתנאים גרילים, בתוספת פרמיה או בהחרגת הבעיה הספציפית אם קיימת).
- 1.51. **"רצף ביטוחי"** - הצטרפות מביטוח קודם (כהגדרתו בסעיף 1.10 לעיל) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות ו/או ללא תקופת אכשרה, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח את מועד הצטרפותו לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודם. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים בלבד. יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודמת.
- 1.52. **"תקרת כיסוי"/ "סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, תגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.
- 1.53. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה"**.
- 1.54. **"תביעה"** - פנייה מאת מבוטח או מאת בעל הפוליסה בשם המבוטח אל המבטח לתשלום עבור שירותים/ים לפי פוליסה זו, ו/או לקבלת תגמולי ביטוח ו/או למתן התחייבות לתשלום עבור שירותים/ים כאמור בפוליסה זו.
- 1.55. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי (ניתוח, השתלה, טיפול תרופתי, טיפול רפואי כלשהו) אשר אינו מאושר ע"י אף אחת מהרשויות המוסמכות בישראל או ע"י ה-F.D.A ו/או ע"י רשות מוסמכת במדינות האיחוד האירופי, קנדה, ו/או אוסטרליה, לטיפול במצבו הרפואי הספציפי של המבוטח.
- 1.56. **"ועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980), על תוספותיהן ותיקוניהן (1999).

## 2. **תוקף הפוליסה, אופן ההצטרפות ומבנה הביטוח-**

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

2.2. **אופן ההצטרפות:**

### **מבוטחים קיימים - רובד בסיס**

2.2.1. צירוף אובליגטורי (באופן אוטומטי) של כל העובדים וילדיהם עד גיל 26 שהינם מבוטחים קיימים כהגדרתם בסעיף 1.9 לעיל לרובד הבסיס.

כמו כן, בני זוג אשר היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת של בעל הפוליסה בתוכניות א' + ב' + ג' יצורפו גם הם באופן אובליגטורי לרובד הבסיס על פי פוליסה זו.

2.2.2. בני זוג ועובדים אשר היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת של בעל הפוליסה בתוכניות א' + ב' בלבד, יצורפו לרובד הבסיס בלבד. באפשרות מבוטחים אלו

להצטרף לרובד ההרחבה של תכנית הביטוח על פי פוליסה זו באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות וללא צורך בהצהרת בריאות במהלך 90 ימים מתאריך תחילת הביטוח. לאחר 90 ימים יידרשו למלא הצהרת בריאות.

### **מבוטחים קיימים - רובד הרחבה**

2.2.3. עובדים ובני משפחותיהם שהינם מבוטחים קיימים בתוכנית ג' במסגרת הפוליסה הקודמת של בעל הפוליסה יצורפו באופן אוטומטי (צירוף אוטומטי) לרובד ההרחבה במסגרת פוליסה זו.

2.2.4. עובדים ובני משפחותיהם שהינם מבוטחים קיימים ברובד הבסיס ולא היו מבוטחים בתוכנית ב' או בתוכנית ג' במסגרת הפוליסה הקודמת של בעל הפוליסה (כהגדרתה בסעיף 1.10 לעיל), יוכלו להצטרף לרובד ההרחבה של תכנית הביטוח על פי פוליסה זו באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, עובדים ובני משפחה המצטרפים לרובד ההרחבה תוך 90 יום מתאריך תחילת הביטוח לא יידרשו למלא הצהרת בריאות.

### **מבוטחים חדשים**

2.2.5. עובדים קיימים ובני משפחתם אשר אינם מבוטחים קיימים יוכלו להצטרף לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, עובדים ובני משפחה אשר יצטרפו תוך 90 יום מתאריך תחילת הביטוח לא יידרשו למלא הצהרת בריאות. למען הסר ספק יובהר כי האמור **אינו חל** על מבוטחים שלא התקבלו לביטוח הקודם או כאלו שנמצאים בהליך חיתום שלא הסתיים.

2.2.6. עובד חדש וכל ילדיו עד גיל 26 יצורפו לביטוח באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) וזאת לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח. למרות האמור לעיל, עובד חדש וכל ילדיו עד גיל 26 יוכלו להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות תוך 90 ימים מיום תחילת עבודתו. למען הסר ספק, לאחר 90 ימים הצרוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.

2.2.7. בני זוג וילדים מעל גיל 26 של עובד חדש יצורפו לביטוח באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה), לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, בני משפחה של עובד חדש המצטרפים תוך 90 יום מיום תחילת עבודתו, או תוך 90 ימים מיום הצטרפותם למשפחת העובד, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות. למען הסר ספק לאחר 90 ימים הצרוף יהיה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי.

2.2.8. תינוקות שייולדו למבוטחים במהלך תקופת הביטוח שעל פי פוליסה זו, יהיו זכאים להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות וחיתום רפואי וזאת בתנאי שהבקשה לצירופם לביטוח הוגשה באמצעות טופס הצטרפות במהלך 90 ימים מיום לידתם. לאחר מועד זה, יידרשו במילוי הצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח.

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

2.2.10. ילדים בוגרים (ילדים בגיל 26 ומעלה) יצורפו לביטוח באופן וולונטרי, לאחר מילוי טופס בקשת הצטרפות והצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור לעיל, ילדים בוגרים המצטרפים תוך 90 יום מיום תחילת הביטוח או ילדים בוגרים של עובד חדש המצטרפים תוך 90 יום מיום תחילת עבודתו, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות.

- 2.2.11. מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גרועתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.
- 2.2.12. **רצף ביטוחי** - מבוטחים חדשים שהיו מבוטחים בביטוח בריאות אחר (פרטי או קבוצתי) יוכלו לעבור ברצף ביטוחי (כהגדרתו לעיל) לפוליסה זו בתקופת חלון ההזדמנויות וזאת בכפוף להבאת אישור פוליסה ואישור תשלומים בגין הפוליסה האחרת.
- 2.2.13. מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן, מסוג "כללית מושלם/פוליסה", "מגן זהב", "מאחדת עדיף/שיאי", "לאומית זהב" יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").
- מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לשב"ן עפ"י פרק ז' לפוליסה במקום כיסוי מהשקל הראשון לניתוחים (פרק ו') וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 6 להלן.
- למען הסר ספק, אין באמור כדי לגרוע מכך שבעת צירוף מבוטחים קיימים הם יצורפו לרובד בו בוטחו בפוליסה הקודמת כמפורט לעיל.
- 2.2.14. שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה תשלח החברה בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלחה החברה תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.
- 2.2.15. **צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:**
- 2.2.15.1. מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- 2.2.15.1.1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;
- 2.2.15.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;
- לא תצרך החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח

אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד; ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

2.2.15.2. סעיף 2.2.15 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

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

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

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

- (א) ניתוחים
- (ב) תרופות
- (ג) השתלות
- (ד) מחלות קשות
- (ה) שיניים
- (ו) תאונות אישיות

### 3. תקופת הביטוח:

- 3.1. תקופת הביטוח תהיה 36 חודשים מתאריך תחילת הביטוח ביום 1.6.2022 ועד 31.5.2025.
- 3.2. תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים.
- 3.3. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 3.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה - **סעיף 9(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**.
- 3.4. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם. - **סעיף 4(ג) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**.

### 4. חובת גילוי:

- 4.1. (א) הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.
- (ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.

- (ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של ענין שהוא ידע כי הוא ענין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 4.2. ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאית החברה, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח.
- 4.3. ביטלה החברה את הפוליסה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.
- 4.4. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח סעיף זה, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והחברה פטורה כליל בכל אחת מאלה:
- 4.4.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- 4.4.2. מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח בניכוי הוצאות החברה.
- 4.5. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
- 4.5.1. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.
- 4.5.2. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.
- 4.6. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

## 5. תום תקופת הביטוח וברות ביטוח

- 5.1. הפסקת תקופת הביטוח:
- 5.1.1. הפסקת ביטוח תכנס לתוקפה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:
- 5.1.1.1. במועד תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 3.1 לעיל;
- 5.1.1.2. לפי המוקדם במקרים המנויים בסעיף 5.2.2 להלן;
- 5.1.1.3. על פי בקשת המבוטח בכתב למבטח;
- 5.1.1.4. במועד סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה - הביטוח יסתיים הן לגבי המבוטח העובד והן לגבי בני משפחתו המבוטחים.
- 5.2. המשכיות בפוליסת פרט:
- 5.2.1. במקרים המנויים בסעיף 5.2.2 להלן יתאפשר לעבור לפוליסת פרט (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:
- 5.2.1.1. פוליסת המשך תהיה בהיקף כסויים דומים (אך לא זהים) לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, המקובלות אצל המבטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות המפקח על הביטוח.
- 5.2.1.2. דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח בפוליסה דומה על פי גיל המבוטח. תינתן הנחה של 15% ל-3 שנים.

- במעבר לפוליסת ההמשך יינתן רצף ביטוחי לכיסויים החופפים ללא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 5.2.2. האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 5.2.1, יינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:
- 5.2.2.1. סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;
- 5.2.2.2. הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם;
- 5.2.2.3. פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית
- 5.2.2.4. גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.
- 5.2.3. במקרים המפורטים בסעיף קטן 5.2.2.1 - 5.2.2.4, תפנה החברה בכתב לכל מבוטח 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 ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.
- 5.2.4. ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

## 6. דמי הביטוח:

### 6.1. דמי הביטוח החודשיים בש"ח ואופן תשלום דמי הביטוח בגין רובד הבסיס יהיו כדלקמן:

אופן התשלום	פרמיה	
מרוכז ע"י מעסיק	17.55	עובד וכל ילדיו עד גיל 26 שנה
בני זוג-מרוכז ע"י המעסיק. ילדים מעל גיל 26 - אמצעי גביה אישי	13.45	בן/בת זוג, ילד מעל גיל 26 שנה
אמצעי גביה אישי	25.00	גמלאי, בן בת זוג של גמלאי

### 6.2. דמי הביטוח החודשיים בש"ח בגין רובד ההרחבה יהיו כדלקמן וישולמו באמצעי גביה אישי:

גיל המבוטח הראשי	פרמיה בש"ח - מסלול ניתוחים מלא ("מהשקל הראשון").		פרמיה בש"ח - מסלול ניתוחים משלים שב"ן.	
	עובד/גמלאי יחיד או ילד מעל גיל 26	משפחה - עובד/גמלאי, בן/בת זוג וכל ילדיהם עד גיל 26	עובד/גמלאי יחיד או ילד מעל גיל 26	משפחה - עובד/גמלאי, בן/בת זוג וכל ילדיהם עד גיל 26
עד גיל 30	76.17	142.69	74.41	138.00
31-40	88.29	163.26	85.95	157.40
41-50	142.29	262.14	137.02	251.01
51-55	209.19	366.67	191.38	349.67
56-60	264.62	501.04	252.90	477.59
61-65	394.12	756.54	375.95	719.03
66 ומעלה	514.00	925.00	500.00	900.00



- 6.3. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה בראשית כל חודש.
- 6.4. לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.
- 6.5. דמי הביטוח בגין רובד ההרחבה ייקבעו על פי גילו של המבוטח הראשי וישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח הראשי על פי טבלת השתנות הפרמיה בסעיף 6.2 לעיל ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 40 ביום 10.01.2021, דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 01.01.2021 לפי דמי הביטוח של גיל 40).
- 6.6. **קביעת דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:**  
 מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו, לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"
- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- (4) במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

## 7. תגמולי ביטוח

- 7.1. החברה תהא רשאית על פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלמם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן. המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 7.2. 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.
- 7.3. נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי התחייבות האמורה תשלם החברה את היתרה לעיזבונו ו/או ליורשיו של המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן על פי צו קיום צוואה ו/או על פי צו ירושה. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 7.4. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 7.5. החברה תנכה מהתשלומים את כל החובות המגיעים לה מהמבוטח בגין פוליסה זו בכפוף להוראות הדין.

7.6. הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי שהיה מגיע למבוטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. בכל מקרה של פשרה, ויתור או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של החברה כאמור.

#### 7.7. הוראות לענין חבות משותפת וזכות שיבוב - סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצת:

7.7.1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות המשלמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.

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

## 8. תביעות

8.1. תשלום תגמולי ביטוח אם התקיימו התנאים הבאים:

8.1.1. על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישור, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, יהא רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהמבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

8.1.2. המבוטח חתם על כתב ויתור על סודיות ומסר למבטח כל הקבלות (מקור/ העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים (מסמכים מקוריים או העתק המסמכים המקוריים) הדרושים לחברה לבירור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

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

8.1.4. החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מבוצעים בפועל על ידי החברה, ולנזקים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירותו של המבוטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבוטח על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה, ככל שקיימים כתבי שירות בפוליסה.

8.1.5. בכיסויים שלפיהם זכאי המבוטח לקבל החזר של הוצאות רפואיות יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבטח לפי דרישתו התחייבות כספית שתאפשר לו לקבל את השירות הרפואי, וזאת על חשבון הכספים שיגיעו לו על פי הפוליסה בכפוף לקיום הסכם עם הספק.

8.1.6. תגמולי ביטוח להם זכאי המבוטח, בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע שאינו מטבע ישראלי - ישולמו במטבע ישראלי ויוצמדו לשער המטבע ביום התשלום.

## 9. חריגים כלליים

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים אלא אם צוין אחרת בפרקי הפוליסה:

- 9.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח.
- 9.2. מקרה הביטוח אירע במהלך תקופת האכשרה. למעט מקרה ביטוח שנגרם מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.
- 9.3. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 9.4. סייג בשל מצב רפואי קודם -

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

9.4.1. חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

א. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת תקופת הביטוח.

ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת תקופת הביטוח.

9.4.2. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

9.4.3. על אף האמור בסעיף 9.4.1 לעיל, סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

9.5. התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.

9.6. גלישה אווירית, רחיפה, צניחה, סקי, צלילה, טיסה בכלי טייס כלשהו למעט טיסה בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים.

9.7. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בגוף בטחוני (שאינו צבאי) או משטרתית.

9.8. פריון ו/או עקרות.

9.9. מקרה ביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

9.10. בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.

9.11. טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות בישראל או בארה"ב או באירופה או בארץ מתן הטיפול או הבדיקה.

9.12. השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, משטרתית או מקרה ביטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי לרבות תרגילים/אימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבע או שירות במילואים או צבא סדיר.

## הוראות בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

- 10.1. מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;
- 10.2. על אף האמור בסעיף 10.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין-
  - (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
  - (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
  - (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 10.3. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 10.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 10.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 2.2.15 לעיל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 2.2.15.2 לעיל; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- 10.5.1. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 10.5.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות המשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 10.5.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 11.3 להלן ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת

הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

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

11.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.2.15.2 לעיל והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

11.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.2.15 לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח אל מבוטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 2.2.15.2 לעיל, לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

11.3. על אף האמור בסעיף 3.3 לעיל, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1) לתקנות אלו, מבוטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

## 12. הצמדה

12.1. סכומי הביטוח הקובעים, וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה, צמודים למדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל.

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

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

## 13. התיישנות

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

#### 14. חוק הביטוח וחוק הבריאות

- 14.1. הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 יחולו על פוליסה זו.
- 14.2. למען הסר ספק, הוראות פוליסה זו כפופות להוראות החוק והרגולציה ואין בהם כדי לגרוע מזכויותיו של המבוטח.
- 14.3. אם יחולו שינויים בחוק הבריאות או בסל שירותי הבריאות על פי חוק הבריאות, תהא החברה רשאית לערוך את השינויים המתבקשים מכך בפוליסה.

#### 15. הצהרת בעל הפוליסה - סעיף 3 א' לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

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

#### 16. שינויים

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

#### 17. מיסים והיטלים

- 17.1. בעל הפוליסה או המבוטח, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.
- 17.2. המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום המבוטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם, כאמור, חלק מתגמולי הביטוח.

#### 18. הבהרה לזמן השירות הצבאי

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

# רובד בסיס

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

### 1. הגדרות:

#### 1.1. השתלה:

כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה, וכל שילוב שביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר ו/או בעל חיים (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל, בארה"ב או באיחוד האירופי) במקומם, או השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או מדם טבורי שמקורם מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.

השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

**הגדרה זו נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.**

#### 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 בישראל.

1.2.2. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן המתנה סביר.

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

### 2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ביצוע הטיפול הרפואי בעקבות צורך רפואי בביצוע טיפול רפואי כאמור, אשר התעורר לראשונה לאחר תחילת תקופת הביטוח.

### 3. סכום הביטוח:

3.1. סכום הביטוח המרבי לכל תקופת הביטוח למבוטח:

#### 3.1.1. להשתלה:

3.1.1.1. אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - ללא תקרה.

3.1.1.2. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 4,000,000 ש"ח.

#### 3.1.2. טיפול מיוחד בחו"ל:

3.1.2.1. אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - ללא תקרה.

3.1.2.2. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד 800,000 ש"ח.

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

3.3. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הרפואיות הממשיות המפורטות להלן ששילם בפועל לנותן השירות הרפואי. התשלום יבוצע כנגד קבלות מקוריות או העתקן המפורטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במבוטח, הסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח הכוללים פירוט כל הפעולות, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי כמפורט בסעיף 3.1 לעיל. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

#### 4. התחייבות החברה:

בקרות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח כמפורט להלן:

#### 4.1 אפשרות שיפוי להשתלה/ לטיפול המיוחד בהתאם למפורט בסעיף:

- 4.1.1 תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 4.1.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 90 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות, ולרבות טיפולי דיאליזה עד לסכום של 150,000 ₪ לטיפולים אלו.
- 4.1.3 תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 4.1.4 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. במקרה בו המבוטח העובר את ההשתלה או את הטיפול המיוחד הינו מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים.
- 4.1.5 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל להשתלה או לטיפול המיוחד, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה.
- 4.1.6 תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, עד 800 ₪ ליממה למבוטח+מלווה. במקרה בו המבוטח העובר את ההשתלה או את הטיפול המיוחד הינו מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים - עד 1,500 ₪ ליממה למבוטח + שני מלווים.
- 4.1.7 תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל - אם לא ניתן להעביר את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 4.1.8 תשלום עבור המשך טיפולים בארץ הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, עד 12 חודשים מביצוע ההשתלה ועד לסכום של 200,000 ₪ להשתלה או עד לסך של 100,000 ₪ לטיפול המיוחד.
- 4.1.9 תשלום מלא עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 4.1.10 הוצאות העברה יבשתית להשתלה או לטיפול המיוחד - המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח.
- 4.1.11 תשלום עבור הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת להשגת, שימור והעברת האיבר המושגת למקום ביצוע ההשתלה.
- במקרה של השתלת מח עצם ובכפוף לקרות מקרה הביטוח, ישולמו הוצאות הבדיקות לאיתור תורם מח עצם, וזאת עד 210,000 ₪.
- 4.1.12 ביצע המבוטח השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה זכאי לסכום חודשי של 6,200 ₪ להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה או לבלב או 3,800 ₪ להשתלת כליה, מעי, שחלה או מח עצמות מתורם אחר (למען הסר ספק, הכיסוי אינו כולל השתלת מח עצמית), אשר ישולם למבוטח לאחר ביצוע ההשתלה בארץ או מיום חזרתו ארצה ולמשך תקופה מרבית של 24 חודשים.
- 4.1.13 ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,000 ₪ בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 4.1.14 מבוטח אשר נזקק להשתלה ובשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו, יהיה זכאי לקצבה חודשית בסך של 3,500 ₪, וזאת לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל



ולא יותר מ-6 חודשים, מבוטח כאמור, אשר שוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל בגין התקופה בה היה מאושפז.

4.2. **ביצוע השתלה שלא במימון החברה בחו"ל** - אם ביצע המבוטח השתלה בחו"ל שהחברה לא השתתפה במימונה, בין בתשלום ישירות לנוותן השירות ובין במתן שיפוי למבוטח כנגד הוצאותיו ובין אם בתשלום לקופות חולים ו/או לגורם אחר, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי בגובה 300,000 ₪, זאת למעט השתלת מח עצם עצמית, תאי גזע מדם היקפי ו/או טבורי - ובתנאי כי נטילת האיבר והשתלת האיבר עומדים בהוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח.

4.3. למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח כמפורט בסעיף 1.1 (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 4.1 ו-4.2 לעיל ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.

מובהר כי השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד חוזר/ים אשר יידרש/ו בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

למען הסר ספק מובהר כי שימוש במכונת החייאה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה על פי פרק זה.

בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבוטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

- 1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;
- 2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

# פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות

## 1. הגדרות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
  - 1.2. **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 ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.
  - 1.6. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים, 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 המבוטח בהוצאה בגין מרשם חודשי. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- ההגדרה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי."**

## 2. מקרה הביטוח

- 2.1. מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק לצורך טיפול במחלתו או לצורך החלמתו, על-פי הוראת רופא, ליטול תרופה כלשהי, בגין אותו מצב רפואי.
- 2.2. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על-פי תנאי פרק זה בגין אחד מהסעיפים המפורטים להלן:
  - 2.2.1. **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח** 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).
  - 2.2.2. **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת עפ"י ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי בריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח**, ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת במדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

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

2.2.3.1 פרסומי ה-FDA

2.2.3.2 American Hospital Formulary Service Drug Information

2.2.3.3 US Pharmacopoeia - Drug Information

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

א. עצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה 1 או a2.

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

ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה 1 או a2.

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

א) NCCN

ב) ASCO

ג) NICE

ד) ESMO Minimal Recommendation (T)

2.2.4 תרופת יתום - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

ההגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי."

### 3. תגמולי הביטוח

3.1 החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותן השרות עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 200 ₪ למרשם לחודש ועד 400 ₪ לכל המרשמים לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי ובכפוף לתנאים כמפורט להלן.

במקרה שבו רכישת התרופה נעשית על בסיס חודשי, ההשתתפות העצמית למרשם הינה על בסיס חודשי, ותחול על כל חודש בנפרד. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה ינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם. תרופות שעלותן מעל 10,000 ₪ לחודש - ללא השתתפות עצמית.

3.2 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, ייקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב).

- 3.3. סכום הביטוח המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות בגין סעיפים 2.2.1 - 2.2.4 יהיה עד 2,000,000 ₪ מתחדש מדי 3 שנים.
- 3.4. החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד ל-200 ₪ ליום ועד 60 יום לכל תקופות הביטוח למבוטח.
- 3.5. המבטח יישא בתגמולי ביטוח גם במקרה של טיפול תרופתי שאינו עומד בקריטריונים המצוינים בסעיפים 2.2.1-2.2.4 לעיל, ובלבד שהוגש טופס הוראת רופא לשימוש בתכשיר שאינו רשום בפנקס לחולה בודד וניתנה המלצה ע"י שני רופאים מומחים בכירים. במקרה כזה, יישא המבטח בתגמולי ביטוח עד לסכום של 100,000 ₪, לאחר שהסתיימו 6 חודשי טיפול.

#### 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 ניסיונית.
- 4.2. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 4.3. תרופה הקשורה לטיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.
- 4.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 4.5. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
- 4.6. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

#### 5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל

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

## פרק ג': שירות סיוע וייעוץ פסיכולוגי

מבוטח בוגר ו/או ילד עד גיל 26 הזקוק לטיפול פסיכולוגי/פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי ו/או פסיכיאטר ו/או חבר באגודה הישראלית לטיפול במשפחה ובזוג יינתנו טיפולים פסיכולוגיים פסיכיאטריים או סוציאליים בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 25% מעלות הטיפול, כאשר תקרת השתתפות חברת הביטוח לכל פגישה לא תעלה על 220 ש"ח, ובכל מקרה השתתפות חברת הביטוח לא תעלה על 3,300 ש"ח לשנת ביטוח.

במסגרת תנאי פרק זה הרשומים לעיל, יכללו גם טיפולים בבעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו ע"י רופא מומחה להתפתחות הילד ו/או נירולוג אצל ילד מגיל 3 ועד גיל 18, המחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או הוראה מתקנת.

במקרים בהם נפטר עובד, בני משפחתו (ילדיו ובן/בת זוג אשר היו מבוטחים בביטוח עימו) יישארו זכאים לכיסוי בגין פסיכולוגים לתקופה של 6 חודשים ממועד פטירת העובד בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 25% מעלות הטיפול ועד תקרה כוללת של 6,000 ש"ח למבוטח.

**תקופת האכשרה היא בת 30 יום. או ממועד ההצטרפות לביטוח המאוחר מבין השניים.**

## פרק ד': כיסויים נוספים

### החלמה לאחר ניתוח

בוצעו במבטח ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או כל ניתוח אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים תקופה העולה על 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישפה המבטח את המוטב כנגד הצגת קבלות על תשלום בגין הוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לביצוע הניתוח, בגובה 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 620₪ ליום ולא יותר מ-14 ימי החלמה.

לעניין סעיף זה הוצאות החלמה משמעותם הוצאות רפואיות ו/או שיקום ו/או סיעוד ו/או שינוע.

תקופת האכשרה היא בת 30 יום. או ממועד ההצטרפות לביטוח המאוחר מבין השניים.

# רובד הרחבה

## **פרק ה': הרחבה לפרק ב' - ביטוח לתרופות מיוחדות (תנאי פרק זה יבואו במקום פרק ב' ברובד הבסיס)**

פרק זה חל על מבוטחים אשר הצטרפו לרובד ההרחבה במקום הכיסוי על פי פרק ב' - ברובד הבסיס

### 1. הגדרות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.2. **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 ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.
- 1.6. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים, 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 המבוטח בהוצאה בגין מרשם חודשי. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.10. **בדיקה גנומית לגידול סרטני** - בדיקת גנומית מולקולרית ו/או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינה מכוסות בסל הבריאות ושנקבע על פי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, הצורך לבצע אותה בהתאם לפרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה ו/או בארה"ב.

### 2. מקרה הביטוח

- 2.1. מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק לצורך טיפול במחלתו או לצורך החלמתו, על-פי הוראת רופא, ליטול תרופה כלשהי, בגין אותו מצב רפואי.
- 2.2. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על-פי תנאי פרק זה בגין אחד מהסעיפים המפורטים להלן:
  - 2.2.1. **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח** 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).

- 2.2.2. **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת עפ"י ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי בריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת במדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי התוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.**
- 2.2.3. **תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות המוגדרת כ-OFF LABEL שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:**

- 2.2.3.1. פרסומי ה-FDA
- 2.2.3.2. American Hospital Formulary Service Drug Information
- 2.2.3.3. US Pharmacopoeia - Drug Information
- 2.2.3.4. Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
- א. עצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
- ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.
- ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
- 2.2.3.5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

(א) NCCN

(ב) ASCO

(ג) NICE

(ד) ESMO Minimal Recommendation

- 2.2.4. **תרופת יתום - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.**

- 2.2.5. **תרופות לפי סעיף 29g -רכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות ובתנאי שניתן אישור לשימוש בתרופה על פי תקנה 29 (א) 3 לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו - 1986, ו/או שאושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות ו/או על ידי הרשויות המוסמכות בישראל להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו ובתנאי שהתרופה אינה מתחום הרפואה המשלימה ובכפוף לכך שרופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה בבית חולים כללי (כלומר, שמפעיל באורח קבע חדר מיון), קבע כי התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך פרסום מדעי רפואי מקובל וכי התועלת בשימוש בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.**

**ההגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי.**

### 3. תגמולי הביטוח

- 3.1. החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנוותן השרות עבור התרופה, לכיסוי המיון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 200 ₪ למרשם לחודש ועד



400 שם לכל המרשמים לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי ובכפוף לתנאים כמפורט להלן.

במקרה שבו רכישת התרופה נעשית על בסיס חודשי, ההשתתפות העצמית למרשם הינה על בסיס חודשי, ותחול על כל חודש בנפרד. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

תרופות שעלותן מעל 10,000 ש"ח לחודש - ללא השתתפות עצמית.

3.2. 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, ייקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב).

3.3. סכום הביטוח המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות בגין סעיפים 2.2.1 - 2.2.4 יהיה עד 2,500,000 ש"ח מתחדש מדי 3 שנים.

3.4. סכום הביטוח המירבי בגין תרופה לפי סעיף 2.2.5 יהיה עד 600,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח.

3.5. החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד ל-200 ש"ח ליום ועד 60 יום לכל תקופות הביטוח למבוטח.

3.6. **בדיקה גנומית לגידול סרטני במקרה של סרטן מתקדם** - החברה תשלם ישירות לספק שירות שבהסכם עם החברה (אם קיים הסכם) (או תשפה את המבוטח בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין ביצוע בדיקה גנומית לגידול סרטני כמוגדר בסעיף 1.10 לעיל, אך לא יותר מתקרה של 30,000 ש"ח למקרה של סרטן מתקדם. להלן "סרטן מתקדם" - סרטן מתקדם גרורתי המוגדר על פי דירוג TNM כ-M1 לפחות או מחלה ממארת מקומית שהנה אחת מאלה - גידולי מוח, גידולי לבלב, סרטן שד גרורתי / triple negative, סרטן ריאה וגידולים ממקור לא ידוע.

3.7. המבטח יישא בתגמולי ביטוח גם במקרה של טיפול תרופתי שאינו עומד בקריטריונים המצוינים בסעיפים 2.2.1-2.2.4 לעיל, ובלבד שהוגש טופס הוראת רופא לשימוש בתכשיר שאינו רשום בפנקס לחולה בודד וניתנה המלצה ע"י שני רופאים מומחים בכירים. במקרה כזה, יישא המבטח בתגמולי ביטוח עד לסכום של 100,000 ש"ח, לאחר שהסתיימו 6 חודשי טיפול.

#### 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 ניסיונית.

4.2. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.

4.3. תרופה הקשורה לטיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.

4.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

4.5. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.

4.6. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

#### 5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל

החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח לגבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

# פרק ו': ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

## 1. הגדרות:

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

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

## 2. מקרה הביטוח:

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

## 3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2. שכר מנתח.

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

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

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

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

## 4. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

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

4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - 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, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 9.4 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

## 5. תקופת אכשרה:

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

# פרק ז': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן - כללית מושלם/פלטינום, מגן זהב, מאוחדת עדיף/שיא, לאומית זהב)

פרק זה יחול במקום פרק ו', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים כמפורט בסעיף 2.2.13. בתמורה לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 6 לפוליסה זו

## 1. הגדרות:

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

## 2. מקרה הביטוח:

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

## 3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

3.2. שכר מנתח.

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

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

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

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

## 4. תגמולי ביטוח:

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

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

**בקורות מקרה ביטוח החברה המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:**

4.1. בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, עבור ניתוחים פרטיים בישראל ובלבד שבוצע באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

4.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל,

ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. ויבהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, יידרש המבטח 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 תוכנית שב"ן.

4.3 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 3 לעיל ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

## 5. ברות ביטוח:

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

## 6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 6.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
  - 6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
  - 6.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבטח או השתלת לב מלאכותי.
- 6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 9.4 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

## 7. תקופת אכשרה:

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.



# פרק ח': ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

## 1. הגדרות

- 1.1. "ניתוח" - פעולה פולשנית- חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות- חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.2. "טיפול מחליף ניתוח בחו"ל" טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע הניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח אותו הוא מחליף.

## 2. מקרה הביטוח

צורך בביצוע ניתוח.

## 3. תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח שהינו ניתוח פרטי בחו"ל

- 3.1. בקרות מקרה הביטוח, תשלם החברה ישירות לספק השירות ו/או תשפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח, כמפורט להלן: שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת (עד 50,000 ₪ למקרה ביטוח לתותבת).
- 3.2. בנוסף לאמור בסעיף 3.1 לעיל, תכסה החברה גם את ההוצאות הבאות:

### 3.2.1 כיסוי להוצאות הטסה רפואית

במקרה שהמבוטח אינו כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד 60,000 ₪. לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח.

"הטסה רפואית"-הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, 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.

### 3.2.2 כיסוי להוצאות שהייה

במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 7 ימים, החברה תכסה את הוצאות שהייה של מלווה אחד, לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 800 ₪ ליום, לתקופה מרבית של 30 יום. במקרה בו המבוטח העובר את הניתוח מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים - עד 1,000 ₪ ליממה לשני מלווים.

### 3.2.3 כיסוי להוצאות הטסת גופה

החברה תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 7 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל וכתוצאה ישירה מהניתוח.

### 3.2.4 הוצאות העברה יבשתית

עד תעריף שירותי אמבולנס בארץ מקום ביצוע הניתוח.

- 3.2.5 **הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל**  
מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, או שהחברה קבעה לבקשת המבוטח, כי הכיסוי בגין ניתוח בחו"ל יינתן באמצעות הבאתו של מומחה לביצוע הניתוח בישראל כתחליף לסעיף השיפוי מול ספק השירות, יהיה זכאי להחזר הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח ובהבאת המנתח המומחה מחו"ל לישראל.
- 3.2.6 **מתן ייעוץ ועזרה בסידורי השהייה למלווה-**  
המבוטח יהיה זכאי לקבל מהחברה ייעוץ ועזרה מנציגי החברה בנוגע לסידורי השהייה בחו"ל למלווה בקרבת בית החולים. יובהר, החברה לא תישא בעלויות שהיית מלווה למעט במקרים המפורטים בסעיף 3.2.2.
- 3.2.7 **התייעצות לפני ניתוח-**  
התייעצות לפני ניתוח עם רופא מומחה או עם המנתח. החברה תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, עד 3 התייעצויות בקרות מקרה ביטוח המפורט בנספח זה, עד לסך של 1,500 ₪.
- 3.2.8 **פיצוי חד פעמי- בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח-**  
נפטר חו"ח המבוטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה ע"פ פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) כתוצאה ישירה מהניתוח האמור, תשלם החברה ליורשיו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצוי חד פעמי בגובה 200,000 ₪.
- 3.3 **טיפול מחליף ניתוח בחו"ל-** בקרות מקרה הביטוח תשלם החברה ישירות לספק השירות ו/או תשפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בטיפול המחליף ניתוח, כמפורט להלן: שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, חדר ניתוח, תותבת (עד 50,000 ₪ למקרה ביטוח), בדיקה פתולוגית. תקרת אחריות המבוטח הינה עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
- 3.3.1 **מקרה הביטוח הינו קיומם במצטבר של כל התנאים שלהלן:**
- 3.3.1.1 מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח (להלן "הניתוח המוחלף") ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעתו של המבוטח לחו"ל.
- 3.3.1.2 רופא מומחה בתחום הרלוונטי המליץ על ביצוע טיפול מחליף ניתוח במקום ביצוע הניתוח המוחלף.
- 3.3.1.3 הטיפול מחליף ניתוח ניתן על ידי רופא מומחה בעל התמחות בתחום הרלוונטי ואשר מורשה על פי כל דין במדינה בה מתבצע הטיפול לבצע את הטיפול מחליף ניתוח.
- 3.3.1.4 הטיפול מחליף ניתוח יבוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול מחליף ניתוח על פי כל דין במדינה בה הם ממוקמים.
4. **חריגים מיוחדים**  
סעיף החריגים הכלליים בפוליסה שאליה צורף פרק זה חלים אף על פרק זה. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
- 4.1 השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל שאינם ניתנים לביצוע בישראל.
- 4.2 מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.
- 4.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור מעיים שמקורם אינו בצורך רפואי.

- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בהריון ו/או לידה ו/או בפוריות ו/או עקרות למעט גרידה ו/או ניתוח קיסרי בשל צורך רפואי.
- 4.5. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בגלל פציעה שארעה תוך פעילות ספורט במסגרת אגודת ספורט.
- 4.6. בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפתרמי, זריקות, הזלפות ופעולות הדמיה כגון: mri-ct כאשר אין חלק ממהלך ניתוח.
- 4.7. ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים.
- 4.8. הליכים רפואיים ו/או שימוש באביזרים שאינם במסגרת ניתוח המבוצע במבוטח, או במסגרת טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.
- 4.9. תרופה כימית ו/או ביולוגית מכל מין וסוג.
- 4.10. טיפולים ניסיוניים או מחקרניים או טיפולים שאינם מקובלים על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.
- 4.11. טיפולים ו/או בדיקות מניעה וסקר.
- 4.12. טיפולים ו/או בדיקות שאינם למטרת אבחון ו/או טיפול במצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח.
- 4.13. טיפולים במסגרת רפואה משלימה.
- 4.14. טיפולי פיסיותרפיה, טיפולים פרא-רפואיים וטיפולים כימותרפיים.
- 4.15. טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח אשר טרם בוצעו בפועל במבוטח ו/או בגין התחייבות מבצע הטיפול לטיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח עתידיים.
5. תנאים מיוחדים לפרק זה
- 5.1. 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, ייעשו ישירות על ידי החברה. בהיוודע למבוטח 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. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח ו/או יבחר לבצע את הניתוח אצל מנתח ובית חולים שאינם בהסדר עם החברה למרות אישור התביעה ע"י החברה תגמולי הביטוח יוגבלו לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבטח לנותני שירות אך לא יותר מעלות הוצאות הניתוח שהיו משולמות על ידי החברה לספק בחו"ל הקשור עימה בהסכם במדינה בה מבוצע הניתוח או במדינה דומה.
- 5.2. החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח 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.

# פרק ט': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

## 1. מקרה ביטוח

הזדקקותו של המבוטח לאחד מהשירותים האמבולטוריים המפורטים להלן שלא בעת אשפוז הנובעת מבעיה רפואית פעילה, או הזדקקותו של המבוטח לאחת הבדיקות לרפואה מונעת המפורטות להלן.

## 2. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

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

2.1 **חוות דעת רפואית בישראל** עד 1,000 ₪ להתייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה או פסיכיאטר) ועד 4 סה"כ התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח. למרות האמור לעיל, פעם אחת בכל הריון, תיחשב פגישת מעקב הריון כחוות דעת אחת.

2.2 **חוות דעת רפואית שניה בחו"ל** (לאחר חוות דעת ראשונה כמוגדר להלן) - מבוטח יהא זכאי לחוות דעת בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה, כמוגדר לעיל, עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח.

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

2.3 **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (S.U), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) מכל סוג שהוא, מיפוי PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמסת וידיאו, וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מטעם המבוטח לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה בעתיד. עד 4,000 ₪ לבדיקה ועד 10,000 ₪ לכל הבדיקות לשנת ביטוח.

2.4 **טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים** - לפי הוראת רופא, עד 12 טיפולים למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-2,500 ₪ למבוטח לשנת ביטוח.

2.5 **טיפולים אונקולוגיים** - כיסוי עבור טיפולים אונקולוגיים כמפורט להלן: רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או טופול מקומי בקרינה רדיואקטיבית ו/או גלי חום ו/או גלים אלקטרומגנטיים וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל אך לא יותר מ-30,000 ₪ למקרה ביטוח.

2.6 **השתתפות בהפריה חוץ גופית (IVF)**: מבוטחת אשר זקוקה לטיפול הפריה חוץ גופית (IVF) על פי הפניית רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקויי פריון, תהא זכאית לכיסוי בגובה 10,000 ₪ לכל ילד ועד 2 ילדים, לכל תקופות הביטוח.

2.7 **השתתפות בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים**: מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות לגידולים ממאירים באמצעות מעבדות "ONCOTEST", עד 25,000 ₪ למקרה ביטוח.

2.8 **בדיקות לרפואה מונעת**: למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות עצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, עד 380 ₪ לבדיקה, אחת ל-3 שנים (לכל בדיקה).

2.9 **השתתפות בבדיקות מיוחדות לנשים בהריון**:

והשתתפות המבטח בבדיקות כמפורט להלן שבוצעו בגופה של מבוטחת עד תקרה של 3,500 ₪ להריון.

- 2.9.1. בדיקת חלבון עוברי.
- 2.9.2. בדיקת שקיפות עורפית.
- 2.9.3. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
- 2.9.4. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
- 2.9.5. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי השפיר) או בדיקת סיסי שליה לרבות צ'יפ גנטי.
- 2.9.6. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה
- 2.9.7. בדיקת אקו לב של העובר.
- 2.9.8. בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון VERIFY ואחרים.
- 2.9.9. כל בדיקה אחרת בכפוף להפניית רופא מומחה.
- הכיסוי לבדיקות לעיל הינו גם לאם פונדקאית.
- במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 5,000 לכל הריון.
- 2.10. בדיקות גנטיות טרום הריון**
- המבטח ישתתף בעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום הריון לשלילת מומים מולדים, שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח. יובהר כי הזכאות הינה בגין בדיקה שהמבוטח/ת אינו/ה זכאי/ת לה במסגרת סל הבריאות הממלכתי. הזכאות הינה עד לסכום של 1,300 ₪ לכל מבוטח/ת, פעם אחת בתקופת ה**ביטוח**.
- 2.11. הרטבת ילדים**
- החזר של עד 600 ₪ לשנת ביטוח בגין תופעה מתמשכת של הרטבת לילה אצל ילדים מגיל 5 ועד גיל 14, המטופלת על פי המלצת רופא באמצעות טיפול התנהגותי במרפאה, שהוכרה לנושא זה על ידי משרד הבריאות.
- 2.12. אבחון בעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה:**
- מבוטח שגילו 3 עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון על ידי רופא מומחה בתחם ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכודידקטי, אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקת TOVA, בתנאי שאינו המבצע את הטיפול נשוא בעיית ההתפתחות/ליקויי למידה. המבטח ישפה את המבוטח בגין אבחון כאמור בשיעור של 50% מהסכום אותו שילם המבוטח בפועל, עד לשיפוי מירבי בסך 1,000 ₪.
- הזכאות היא אחת לתקופת ביטוח.
- 2.13. אביזרים רפואיים:**
- המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי כמפורט להלן בכפוף להפניה מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר עד 80% ולא יותר מ-4,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. החזר לאביזרים הבאים: מדרסים עד 400 ₪ בלבד פעם בשנתיים, מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חימונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטוקונוס, שתל קוכולארי, בניה מיוחדת של נעליים לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, ותב ל אין אונות, משאבת אינסולין.

## 2.14. תא לחץ

המבטח ישתתף בהוצאות עבור טיפולים בחמצן בעל לחץ במצבים רפואיים שאין לגביהם הוריה קלינית לטיפול במסגרת סל הבריאות, עד ל-30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח, ועד 250 ש"ח לכל טיפול בבית חולים בו קיים אישור לשימוש בתא לחץ ברישיון משרד הבריאות, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

### חריגים לכיסוי זה:

- 2.14.1. טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.
- 2.14.2. טיפולים למטרות מחקר או טיפולים ניסיוניים, לרבות טיפולים שלביצועם נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 2.14.3. טיפולים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ו' או ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ופרק ח' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.

## 2.15. טיפולים לריפוי או הקלה בכאב

המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול או סדרת טיפולים להקלה או טיפול בכאב, עד לסך של 10,000 ש"ח בכל תקופת הביטוח.

לעניין סעיף זה "טיפול בכאב": טיפולים לצורך הקלה בכאב, או טיפולים בסימפטומים של מחלה, פגיעה, פגם או עיוות אצל המבטח, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, לרבות באמצעות טיפול תרופתי, הזרקות או הזלפות חומרים משככי כאב, תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלם רדיו או לייזר מכל סוג שהוא, או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, עפ"י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב, או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה הוא כי המבטח יפנה אל המבטח ויקבל אישור מראש בטרם קבלת הטיפול. קבלת אישור המבטח מראש היא תנאי מהותי לאחריותו.

### 2.15.1. חריגים לכיסוי זה:

- 2.15.1.1. טיפולים מתחום הרפואה המשלימה. כמו כן על פי סעיף זה לא יינתן כיסוי עבור תוספות מזון ו/או ויטמינים.
- 2.15.1.2. טיפולים הקשורים או כתוצאה של הריון או לידה.
- 2.15.1.3. טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.
- 2.15.1.4. טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 2.15.1.5. טיפולים למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפולים שלביצועם נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 2.15.1.6. טיפולים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ו' או ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ופרק ח' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.

## 2.16. כיסוי לטיפול רפואה משלימה (אלטרנטיבית):

בקרית מנשה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאותיו עבור שירותי רפואה משלימה המפורטים בסעיף זה:

### 2.16.1. התחייבות המבטח:

החברה תשלם למבוטח 80% מההוצאות הממשיות בפועל שהיו לו עבור שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), בכפוף להגדרות ולסכומי השיפוי המרבי המפורטים להלן:

תחומי רפואה משלימה שיכוסו על פי הסכם זה:

2.16.1.1. "אקופונקטורה" – טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.

2.16.1.2. "הומיאופתיה" – שיטת טיפול כוללת, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמהלו או דוללו פעמים רבות.

2.16.1.3. "ביו פיזיק" – טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מידית של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.

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

2.16.1.5. "אוסטיאופתיה" – טיפול להשגת הקלה בהפרעות במערכת השרירים והשלד על ידי שיפור הזרימה במערכות כלי הדם, הלימפה והעצבים.

2.16.1.6. "פלדנאריז" – טיפול ביכולת התנועה ויציבת הגוף, תוך פיתוח מודעות להרגלי התנועה והקניית הרגלי תנועה נכונים.

2.16.1.7. "רפלקסולוגיה" – טיפול באמצעות לחיצות ועיסוי בעיקר בכפות הרגליים לאבחון ושיפור תפקודן של מערכות הגוף השונות.

2.16.1.8. "שיאצו" – לחיצות ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף לצורך שחרור ואיזון הזרימה.

2.16.1.9. "נטורטפתיה" – טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.

2.16.1.10. "טווינא" – טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מסד' רקמות עמוק.

2.16.1.11. שיטות טיפול אחרות המוצעות ע"י מכוני הסדר ומוכרות ע"י תכנית השב"ן באתר קופות החולים.

סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח על פי פרק זה בגין כל טיפול לא יעלה על 230 ₪. סכום השיפוי המרבי הכולל שישולם המבטח למבוטח על פי פרק זה לא יעלה על 3,300 ₪ לכל שנת ביטוח.

תנאי לזכאות הינו כי הטיפול נעשה על רקע מצב רפואי שיוגדר על ידי רופא מטעם המבוטח. כמו כן, לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולים עתידיים.

### 2.16.2. הגבלות לאחריות המבטח בגין סעיף זה:

המבטח לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים:

2.16.2.1. טיפולים שאינם כלולים בסעיף 2.16.1 לעיל.

2.16.2.2. טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו')

2.16.2.3. הוצאות עבור תרופות/ חומר מרפא ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך טיפול.

### 3. חריגים מיוחדים

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

3.1. בדיקות תקופתיות ובדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט המפורט בפרק זה.

3.2. ניתוחים וטיפולים הקשורים בשיניים.

### 4. תקופת האכשרה

תקופת האכשרה היא 30 יום למעט בכיסויים הקשורים להריון שם תהא תקופת האכשרה 180 יום.



# פרטי התקשרות

אלדור - ביטוח עם יחס אישי

דורון שביט: 050-2269526 📞

נמרוד שביט: 050-2699788 📞

משרד: 04-8738881 📞

## מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞

וואטסאפ 052-7544589 📞

ניתן להגיע אלינו גם באמצעות הלינק:

[www.harel-group.co.il/t/BFQJFV](http://www.harel-group.co.il/t/BFQJFV)

אבא הלל 3, בית הראל, 📍

ת"ד 1951, רמת גן 5211802

