

ביטוח בריאות

2021



פוליסה קבוצתית לעובדי עיריית תל אביב - יפו
והמרכז הרפואי איכילוב ובני משפחותיהם

עובדות ועובדים יקרים,

שמנו לעצמנו מטרה להרחיב ולשפר את ביטוחי הבריאות והשיניים, מתוך מחשבה כי אין חשוב מנושא הבריאות.

במשך מספר חודשים שקדנו, הנהלת העירייה וארגון העובדים, על פוליסת ביטוח בריאות ושיניים חדשה שתיתן לכם, עובדי העירייה, את המענה המקיף והאיכותי ביותר.

בתום הליך תחרותי ארוך, בו השתתפו חברות הביטוח המובילות בארץ חתמנו, הנהלת העירייה וארגון העובדים, על הסכם חדש עם חברת "הראל", לתקופה של 5 שנים.

הסכם הבטוח הייחודי לעובדי עיריית תל אביב יפו והמרכז הרפואי איכילוב ייכנס לתוקפו ב-1.1.2021. מדובר בביטוחי בריאות ושיניים עם כיסויים ביטוחיים מקיפים ואיכותיים, שנותנים מענה ראוי לכל העובדים ובני משפחותיהם.

שידרגנו והרחבנו את הכיסויים בביטוח הבריאות והצלחנו לשמר את תנאי הפוליסה הרחבים בביטוח השיניים.

בחוברת שלפניכם תמצאו את מכלול סל הכיסויים, תוך פירוטם וכן את סכומי הכיסוי.

שיעור הפרמיה לעובדים יישאר - 50% על חשבון העובד ו-50% על חשבון העירייה.

כל העובדים ובני משפחותיהם שהיו מבוטחים בביטוח הקודם, ימשיכו להיות מבוטחים ברצף ביטוחי מלא ולא סייג רפואי כלשהו - בהתאם לרובד הביטוחי בו היו מבוטחים עד כה.

עובדים, בני/ות זוג וילדיהם שלא היו מבוטחים עד כה בביטוח הבריאות, וכן תא משפחתי של ילדי העובדים, יוכלו להצטרף ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא סייג רפואי קודם כלשהו ב"תקופה מבצע" בת 180 יום החל מיום 1.1.2021. לאחר מועד זה ניתן יהיה להצטרף בכפוף להצהרת בריאות והליך חיתום.

תקופת "מבצע ההצטרפות" לביטוח השיניים היא בת 180 יום החל מיום 1.1.2021. לאחר מועד זה לא ניתן יהיה להצטרף לביטוח השיניים.

לשאלות, הבהרות ולהצטרפות לביטוח החדש ניתן לפנות למוקד הבריאות של עובדי העירייה בחברה הביטוח "הראל" טלפון 211-200-800-1.

כולנו תקווה שלא נאלץ להשתמש בביטוח הבריאות שלנו, אולם באותה המידה כולנו מבינים את חשיבותו ונחיצותו.

מדובר בבריאות ובאיכות החיים של כולנו. לעיתים מדובר גם בהצלחת חיים.

**מאחל לכולנו בריאות טובה ואיתנה.
שלכם,**

**רמי בן-גל, עו"ד
יו"ר ארגון העובדים**

תוכן עניינים

4	גילוי נאות
20	נספח א' - פוליסת בריאות קולקטיבית לעובדי עיריית תל אביב יפו ובני משפחותיהם
	רובד בסיס
32	פרק א'1: השתלות
35	פרק א'2: טיפולים מיוחדים בחו"ל
37	פרק א'3: ניתוחים בחו"ל
39	פרק ב': כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית
	רובד הרחבה
44	פרק ג'1: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה
47	פרק ג'2: ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן
51	פרק ד': ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים
59	פרק ה': חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל
60	פרק ו': ייעוץ / טיפול פסיכולוגי
61	פרק ז': רפואה משלימה
62	פרק ח': ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה
63	פרק ט': טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
65	פרק י': כתב שרות - רופא מלווה אישי
76	פרק יא': הרחבה וולונטרית - מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים
81	נספח ב' - השירותים (SLA)
85	איך לנהוג בעת תביעה?

גילוי נאות

טלפון 1-800-200-211 פקס 03-7348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
---------------------------------------	--	---	---

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי עיריית תל אביב יפו והמרכז הרפואי איכילוב ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי עיריית תל אביב יפו והמרכז הרפואי איכילוב ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	<p style="text-align: center;">רובד בסיס</p> פרק א' 1 - השתלות פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית
סוג הרחבה	<p style="text-align: center;">רובד הרחבה</p> פרק ג' 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל פרק ג' 2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן - פרק זה יחול במקום פרק ג' 1, אך ורק על מבטח אשר בחר להיות מבטח בכיסוי משלים לניתוחים פרק ד' - ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים פרק ה' - חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל פרק ו' - ייעוץ/ טיפול פסיכולוגי פרק ז' - רפואה משלימה פרק ח' - ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה פרק ט' - טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל פרק י' - כתב שירות - רופא מלווה אישי
תקופת הביטוח	<p style="text-align: center;">הרחבה וולונטארית</p> פרק י"א - פיצוי בגין מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים *בהתאם לרבדים שנרכשו ע"י המבטח 5 שנים, החל מיום 1.1.2021 ועד ליום 31.12.2025.
תיאור הביטוח	<p style="text-align: center;">השתלות בחו"ל</p> 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. <p style="text-align: center;">טיפולים מיוחדים בחו"ל</p> טיפול רפואי בחו"ל שבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או יבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או הצורך בביצועו נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח. <p style="text-align: center;">ניתוחים בחו"ל</p> כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.

תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופה בהתאמה אישית
כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (משלים שב"ן)

מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים

השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבוטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון התייעצות עם רופא, בדיקות אבחנתיות, בדיקות מניעה, טיפולים פיזיותרפיים, בדיקות לנשים בהיריון, השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים ועוד.

חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל

מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית נוספת בכל תחום רפואי.

ייעוץ / טיפול פסיכולוגי

הזכאות לטיפול פסיכולוגי היא כל מצב רפואי של המבוטח המחייב שיחה טיפולית אצל פסיכולוג מוסמך.

רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

אפשרות לבצע טיפולים מתחום הרפואה המשלימה - כגון, רפלקסולוגיה, שיאצו, על פי הרשימה המצוינת בכתב השירות. מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לבצע עד 16 טיפולים בשנת ביטוח.

פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה

בקרות פרוצדורה רפואית, בין היתר הזרקות לעמוד השדרה, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל.

טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע הניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

כתב שירות - רופא מלווה אישי

רופא מלווה אישי מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למנוי המתמודד עם מצב רפואי או מחלה יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו אותו ואת בני משפחתו.

מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים (ההצטרפות בכפוף למילוי הצהרת בריאות)

כיסוי ביטוחי למחלות קשות או אירועים חמורים המזכה את המבוטח בסכום הביטוח ובכפוף לפרק.

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p> <p>במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל - סעיף 4. פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית - סעיף 4. פרק ג' 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 5. פרק ג' 2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (לבעלי שב"ן) - סעיף 5. פרק י', כתב שירות - רופא מלווה אישי - סעיף 2.25. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>	<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>
<p>פרק א' 1 השתלות, סעיף 1.4 פיצוי בגין גילוי הצורך בהשתלה ובטרם ביצוע ההשתלה שלא במימון החברה, בגובה 360,000 ש.</p> <p>פרק ד' ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים, סעיף 1.21 פיצוי חד פעמי בגובה 200,000 ש בגין הידבקות במחלת ה-AIDS.</p> <p>סעיף 1.22 פיצוי חד פעמי בגובה 60,000 ש בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B.</p> <p>סעיף 1.24 פיצוי חד פעמי בגובה 115,000 ש בגין מוות תוך 7 ימים מביצוע הניתוח.</p> <p>פרק י"א מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים, פיצוי בגובה 50,000 ש</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹</p>
<p>פרק י' כתב שירות - רופא מלווה אישי, תקופת אכשרה של 90 ימים.</p>	

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

תמצית פרטי הפוליסה

השתתפות עצמית

פרק ב' תרופות בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית, השתתפות של 150 ₪ לחודש ועד 2 מרשמים שונים לחודש. עבור כל מרשם נוסף אחר לא תחול השתתפות עצמית. תרופות למחלת הסרטן ללא השתתפות עצמית. סעיף 3.6 - עבור בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות תהא השתתפות עצמית של 20%.

פרק ד' ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים תהא השתתפות עצמית של 10% עבור הדפסת איברים. השתתפות עצמית של 15% עבור התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות אבחנתיות, בדיקות גנטיות מניעתיות לצורך אבחון, בדיקות ושירותים לנשים בהריון, ביצוע בדיקה לאבחון גנטי לידתי, השתתפות בגין אבזורים רפואיים, ביצוע בדיקה לאבחון גנטי לידתי, ועד התקרה הנקובה לכל סעיף בפרק.

השתתפות עצמית של 20% עבור טיפולים פיזיותרפיים/ הידרותרפיים/ ריפוי בעיסוק/ טיפול שיקומי אחר, אח/ות פרטי/ת, טיפולי ושירותי הפריה, הפסקות הריון באמצעות גלולת מייפיגין, פסיכולוגיה רפואית, אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה, בדיקות לרפואה מונעת, שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי, הפסקות הריון באמצעות גלולת מייפיגין, פסיכולוגיה רפואית, טיפולים בכאב לרבות הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, אפיון מולקולרי, בדיקת ריצוף גנטי מלא ועד התקרה הנקובה לכל סעיף בפרק. השתתפות של 25% עבור טיפול בבעיות התפתחות בילדים ועד התקרה הנקובה בסעיף. השתתפות עצמית של 40% עבור שימוש ברובוט לצורך רפואי.

פרק ה' חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל, השתתפות עצמית של 20% ועד התקרה הנקובה בפרק.

פרק ו' ייעוץ/ טיפול פסיכולוגי השתתפות עצמית של 20% ועד תקרת ההחזר הנקובה בפרק.

פרק ז' רפואה משלימה, השתתפות של 20% ועד תקרת ההחזר הנקובה בפרק.

פרק י' כתב שירות רופא מלווה אישי, השתתפות עצמית של 380 ₪ עבור כל מקרה רפואי לניהול.

האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים

חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.

עלות הביטוח

דמי הביטוח החודשיים הכוללים את **פרקים א' - י'**:
 עבור עובד/ת - 128.40 ₪
 דמי הביטוח החודשיים בשי"ח בגין **רובד הבסיס** ואופן תשלומם:

רובד בסיס - פרקים א' - ב'		
סוג מבוטח	פרמיה	אופן הגבייה
בן/ת זוג ילד עד גיל 30	17.00	ניכוי משכר
	6.80	
	30.60	
תעריף לבית אב כולל הילדים עד גיל 30 (ללא עובד/ת)		
ילד מעל גיל 30 בן/זוג של ילד ילד של ילד (נכד)	17.00	ניכוי משכר / אמצעי גבייה אישי
	17.00	
	6.80	

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח

דמי הביטוח החודשיים בש"ח בגין רובד ההרחבה ואופן תשלומם:

רובד ההרחבה - פרקים ג' - י'

סוג מבטוח	דמי הביטוח לפי מסלול מהשקל הראשון ניתוחים מלא	דמי הביטוח לפי מסלול לפי מסלול ניתוחים שב"ן	אופן הגבייה
בן/ת זוג	120.00	118.00	ניכוי משכר
ילד עד גיל 30	27.89	26.89	
תעריף לבית אב כולל הילדים עד גיל 30 (ללא עובד/ת)	175.78	171.78	
ילד מעל גיל 30	68.94	66.94	ניכוי משכר /
בן/זוג של ילד	68.94	66.94	אמצעי גבייה
ילד של ילד (נכד)	27.89	26.89	אישי

מהילד השלישי ואילך - חינם

בית אב רובד בסיס + רובד מורחב מהשקל הראשון פרקים א' - י' (כולל עובד/ת) - 334.78 ₪

דמי הביטוח בש"ח בגין ההרחבה וולונטארית:

פרק י"א - פיצוי בגין ביטוח מחלות קשות
תעריף לכל סכום ביטוח של 50,000 ₪

גילאים	פרמיה	אופן הגבייה
0-30	3.28	ניכוי משכר. למעט במקרה
31-40	9.88	בו ילד בוגר משלם את דמי הביטוח באמצעות אמצעי
41-50	24.17	גבייה אישי
51+	76.85	

(לפי המדד שפורסם ביום 15.12.2020)

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

לאחר 30 חודשים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.

שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
רובד בסיס			
פרק א' 1 - השתלות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 1.2 ו-1.4 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	השתלה לפי סעיף 1.1. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 365 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד. סעיף 1.4 - פיצוי חד פעמי בגין הצורך בהשתלה ובטרם ביצוע ההשתלה וללא השתתפות החברה במימונה.	סעיף 1.2 - כיסוי מלא עבור סעיפים 1.3.1-1.3.4. סכום ביטוח מרבי נוסף של 1,500,000 ₪ עבור סעיפים 1.3.5-1.3.13. סעיף 1.4 - פיצוי חד פעמי בסך 360,000 ₪ בגין גילוי הצורך בהשתלה ובטרם ביצוע ההשתלה וללא השתתפות החברה במימונה.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 1.3.14 לאחר ביצוע השתלה.	סעיף 1.3.14.1 - סכום חודשי בסך 7,000 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 2.1 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 2.2 - כיסוי מלא אם בוצע בתיאום עם המבטח. סעיף 2.2 - כיסוי עד לסך של 1,000,000 ₪ שלא בוצע בתיאום עם המבטח. כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי סעיף 2.3 יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור לטיפול המיוחד, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד. *למען הסר ספק, סכומי הביטוח ישולמו בנוסף לסכום הביטוח שהוגדר לעיל בסעיף 2.2.	
הוצאות שהייה	סעיף 2.6 בפרק - הוצאות שהייה במקרה של טיפול ניסיוני בחו"ל.	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 1,000 ₪. במקרה של קטין - יינתן הכיסוי לשני מלווים ועד 1,500 ₪ ליום.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בנייתו שבוצע בחו"ל	סעיף 3.2 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן הוצאות נוספות, בין היתר הוצאות אשפוז, תרופות, בדיקות אבחון ומעבדה, בדיקות פתולוגיות, טיפולי פיזיותרפיה, שתל, שכר אחות פרטית, שירותי הסעה באמבולנס וכן כל הוצאה אחרת במהלך האשפוז הקשורה ישירות לניתוח.	במקרה של ביצוע ניתוח תקרת שיפוי מלאה.
הוצאות שהייה	סעיף 3.5 בפרק - הוצאות שהייה, הכרוכות בנייתו בחו"ל.	סכום חד פעמי עד תקרה של 68,000 ש"ח עבור המבוטח והמלווים. במקרה של ילד עד גיל 21 עד תקרה של 100,000 ש"ח.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 3.7 בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
<p>תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות</p>	<p>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 OFF LABEL או כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות ואינן מכוסות על פי סעיפים א' - ג' בפרק, או תרופת יתום, או תכשיר מזון רפואי ו/או וויטמינים ו/או מינרלים, או טיפול תרופתי לטיפול IND, או קנאביס רפואי למחלת הסרטן, כהגדרתן פרק זה.</p>	<p>סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ₪.</p> <p>לתרופות שאינן בסל הבריאות ואינן מכוסות בסעיפים א' - ג' בפרק - עד 1,000,000 ₪.</p> <p>טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND - עד תקרה של 1,000,000 ₪.</p> <p>הסכום יתחדש אחת לשנתיים. לאחר שנתיים יחודש לשנתיים נוספות וכך כל שנתיים, עד תקופת ההסכם כמפורט בסעיף 3.6 לפרק זה.</p>	<p>סעיף 3.4.3 - השתתפות של 150 ₪ לחודש ועד 2 מרשמים שונים לחודש. עבור כל מרשם נוסף אחר לא תחול השתתפות עצמית.</p> <p>סעיף 3.4.2 - תרופות למחלת הסרטן ללא השתתפות עצמית.</p> <p>סעיף 3.6 - עבור בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות תהא השתתפות עצמית של 20%.</p>
<p>הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה</p>	<p>סעיף 3.3 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה או תשלום ישירות לנותני השירות</p>	<p>עד לסך של 5,500 ₪ לכל סדרת טיפולים.</p>	
<p>הערות</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>		

רובד הרחבה		
פרק ג' 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל		
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 עמו הסדר התייעצות.	סעיף 3.1 ו-סעיף 4.1 - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז 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	סעיף 4.3.1 - טיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות בהסכם - כיסוי מלא. סעיף 4.3.2 - טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסכם, עד תקרת 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.	

פרק ג' 2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות.	סעיף 3.1 ו-סעיף 4.4 - 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 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2, 3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פולטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	סעיף 4.3.1 - טיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות בהסכם - כיסוי מלא. סעיף 4.3.2 - טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסכם, עד תקרת 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.	

פרק ד' - ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה	סעיף 1.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה.	כיסוי עד 1,200 ₪ להתייעצות ועד 2 סה"כ התייעצויות בשנת ביטוח למבוטח.	אין.	15% מההוצאה בפועל
בדיקות אבחנתיות	סעיף 1.2 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה ועוד.	כיסוי עד 6,500 ₪ לכל בדיקה. סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח עד 15,000 ₪.	אין.	15% מההוצאה בפועל
בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון	סעיף 1.3 לפרק - החזר בגין אבחון גנטי לגילוי נשאות גנים סרטניים ו/או גנים של מחלה אחרת.	כיסוי עד 7,000 ₪.	אין.	15% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים/ הידרותרפיים/ ריפוי בעיסוק/ טיפול שיקומי אחר	סעיף 1.4 לפרק - החזר בגין טיפולי פיזיותרפיה/ הידרותרפיה/ ריפוי בעיסוק/ טיפול שיקומי.	כיסוי עד 4,500 ₪ לכל שנת ביטוח.	אין.	20% מההוצאה בפועל
אח/ות פרטית	סעיף 1.5 לפרק - החזר עבור אחות פרטית שתשמור על המבוטח ללא קשר לניתוח.	כיסוי עד 1,200 ₪ לכל יום ועד 14 ימים.	אין.	20% מההוצאה בפועל
טיפולים/ ייעוצים אונקולוגיים	סעיף 1.6 לפרק - החזר בגין ייעוצים אונקולוגיים ו/או טיפולים אונקולוגיים, בין היתר טיפולי רדיותרפיה, כימותרפיה ועוד.	כיסוי עד 100,000 ₪ לכל שנת ביטוח.	אין.	אין.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
בדיקות ושירותים לנשים בהריון	סעיף 1.8 לפרק - החזר בגין בדיקות ושירותים לנשים בהריון, כגון בדיקה וסקירה על קולית, בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או ססי שיליה, בדיקת חלבון עוברי, מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה, בדיקת צ'יפ גנטי, בדיקת NIPT (ו/או כל בדיקת דם אחרת אשר תתוסף / תחליף את בדיקת מי השפיר), בדיקת PGD ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון.	כיסוי עד 4,000 ש"ח עבור כל בדיקות ההריון יחד. במקרה של תאומים או יותר, עד תקרה של 8,000 ש"ח לכל הריון.	אין.	15% מההוצאה בפועל
ביצוע בדיקה גנטית לאבחון גנטי טרום לידתי	סעיף 1.9 לפרק - החזר בגין אבחון גנטי טרום לידתי והתייעצות עם גנטיקאי בין היתר לצורך קבלת הסברים. רשימת הבדיקות מפורסמת בפרק.	כיסוי עד 2,400 ש"ח לכל הריון.	אין.	15% מההוצאה בפועל
אביזרים רפואיים	סעיף 1.12 לפרק - החזר בגין אביזר רפואי כמפורט בפרק, בכפוף להפניה מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר.	כיסוי עד 10,000 ש"ח לכל שנת ביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים.	אין.	15% מההוצאה בפועל
אבחון בעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה	סעיף 1.13 לפרק - החזר בגין אבחון בעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה על ידי רופא מומחה בתחום ו/או ע"י פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי ו/או מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות MOXO, BRC, TOVA ומבחנים / מבדקים.	כיסוי עד 2,000 ש"ח לתקופת ביטוח ועד 3 פגישות.	אין.	20% מההוצאה בפועל

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

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
טיפול בבעיות התפתחות בילדים	סעיף 1.14 לפרק - החזר בגין טיפול בבעיות התפתחות בילד אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה להתפתחות הילד מטעם המבוטח, אצל ילד מבוטח. במידה ורופא מומחה להתפתחות הילד אינו רלוונטי למקרה, ניתן להביא הפניה מנוירולוג מטעם המבוטח או פסיכיאטר מטעם המבוטח, לפי העניין, המחייבות טיפול ע"י אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג.	כיסוי עד 120 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים בשנת ביטוח.	אין.	25% מההוצאה בפועל
בדיקות לרפואה מונעת	סעיף 1.15 לפרק - החזר בגין בדיקות לרפואה מונעת למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות עצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני.	כיסוי עד 350 ₪ לבדיקה.	אין.	20% מההוצאה בפועל
שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירועי מוחי ו/או טיפול ב- amblyopia	סעיף 1.16 לפרק - החזר בגין טיפולי שיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) ו/או בעקבות ניתוח ו/או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה.	כיסוי עד 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים למקרה ביטוח.	אין.	20% מההוצאה בפועל
טיפול בתא לחץ	סעיף 1.27 לפרק - החזר בגין טיפול בתא לחץ ובכפוף להפניה כתובה של רופא מטעם המבוטח.	כיסוי עד 20,000 ₪ לשנת ביטוח.	אין.	אין.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

פרק ה' - חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין חוות דעת שנייה בחו"ל. סעיף 3.2 - החזר בגין בדיקות המבוצעות בחו"ל, בין היתר, עלות הבדיקה, פיענוח הבדיקה, קביעת אבחנה ועוד.	סעיף 3.1 - כיסוי עד 8,200 ₪ למקרה ביטוח. סעיף 3.2 - כיסוי עד 20,000 ₪.	אין.	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

פרק ו' - ייעוץ/ טיפול פסיכולוגי				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
ייעוץ/ טיפול פסיכולוגי	סעיף 1 לפרק - החזר בגין מצב רפואי של מבוטח המחייב שיחה טיפולית אצל פסיכולוג מוסמך. בין היתר, מקרה של מוות של בן משפחה מקרבה ראשונה, ניתוחים גדולים שהמבוטח עבר, מחלה ממארת או מחלת לב, פיטורים של המבוטח ממקום העבודה ועוד.	כיסוי עד 180 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים בשנה.	אין.	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

פרק ז' - רפואה משלימה		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
טיפול רפואה משלימה	סעיף 1 מבוסס, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לבצע את הטיפולים שלהלן אצל נותן שירות שבהסכם: טיפול אלטרנטיבי, אקופונקטורה, הומאופתיה, ביו פידבק, כירופרקטיקה, פלדנקרייז, אוסטיאופתיה, רפלקסולוגיה, שיאצו, היפנוזה, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת טווינה, דמיון מודרך לחולי סרטן, שיטת פאולה, שיטת שניידר, שיטת אלכסנדר, חדר מלח.	עד 150 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים בשנת ביטוח. בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

פרק ח' - ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	עצמית השתתפות
הזרקות לעמוד שדרה	סעיף 1 לפרק - החזר בגין הזרקות לעמוד שדרה שבוצעו אלקטיבית במהלך אשפוז (למעט הזרקה אפידורלית במהלך לידה).	כיסוי עד 10,000 ₪ לכל שנת ביטוח.	אין.	אין.
צנתור לטיפול בהידרצלה ו/או וירקוצלה	סעיף 2 לפרק - צנתור לטיפול בהידרצלה ו/או ווריקוצלה וניתוח להפרדת הידבקויות תוך רחמיות	כיסוי מלא.	אין.	אין.
תכנון ניתוח וירטואלי	סעיף 3 לפרק - תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI.	כיסוי מלא.	אין.	אין.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

פרק ט' - טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 1 בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל.	סעיף 4.1 (א) - טיפול מחליף ניתוח אצל נותן שירות בהסכם כאשר תיאום הטיפול המחליף בוצע בתיאום עם החברה המבטחת - כיסוי מלא. סעיף 4.1 (ב) - טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסכם, עד תקרת של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל, או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא הטיפול להחליף אם היה מבוצע בישראל, הגבוה מביניהם.
הוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע מחליף ניתוח	סעיף 4.2 לפרק - הוצאות רפואיות נדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח.	סעיף 4.2 (א) - אצל נותן שירות בהסכם כאשר תיאום הטיפול המחליף בוצע בתיאום עם החברה המבטחת - כיסוי מלא. סעיף 4.2 (ב) - אצל נותן שירות שאינו בהסכם, עד תקרת של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל, או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא הטיפול להחליף אם היה מבוצע בישראל, הגבוה מביניהם.
התייעצות עם רופא מומחה	סעיף 5.1 לפרק - החזר עבור הוצאות התייעצות עם רופא מומחה.	כיסוי עד 1,200 ₪ להתייעצות אחת.
הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל	סעיף 5.2 לפרק - החזר עבור הבאת מומחה רפואי לישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.	כיסוי עד 150,000 ₪.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

פרק י' - כתב שירות רופא מלווה אישי		
שם השירות	תיאור השירות	השתתפות עצמית
רופא מלווה אישי	רופא מלווה אישי מאפשר למבוטח לקבל מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה לגבי מקרים רפואיים מוגדרים, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה למשך 3 חודשים וכל זאת בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות.	380 ₪

הרחבה וולונטארית

פרק י"א - פיצוי בגין מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) ⁶
מחלות קשות	<p><u>סעיף 1</u> קבוצה ראשונה: אי ספיקת כליות סופנית, אי ספיקת כבד פולמינונית, מחלת כבד סופנית (שחמת), השתלת אברים, טרשת נפוצה, תשישות נפש, פרקינסון, עמילואידוזיס ראשונית, תרדמת, ניוון שרירים מסג ALS, פגיעה מוחית, דלקת מוח, דלקת חיידקית שלל קרום המוח, מחלת ריאות כרונית חסימתית, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, צפדת.</p> <p>קבוצה שנייה: התקף לב חריף/ אוטם חריף בשריר הלב,</p> <p>ניתוח מעקפי לב (CABG), ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, שבץ מוחי.</p> <p>קבוצה 3: סרטן, תסמונת הכשל החיסוני, אנמיה אפלסטית מסוג AA, גידול שפיר של המוח.</p> <p>קבוצה 4: שיתוק, פוליו (שיתוק ילדים), איבוד גפיים, עיוורון, כוויות קשות, אובדן דיבור, חירשות.</p> <p>סכום הביטוח - 50,000 ₪ לכל יחידה.</p>	<p><u>סעיף 1.1.6</u> - תשישות נפש - 3 חודשים;</p> <p><u>סעיף 1.1.9</u> - תרדמת- 96 שעות;</p> <p><u>סעיף 1.1.10</u> - ניוון שרירים מסוג 3 - ALS חודשים;</p> <p><u>סעיף 1.2.5</u> - שבץ מוחי - 6 שבועות;</p> <p><u>סעיף 1.4.6</u> - אובדן דיבור- 6 חודשים;</p>

לפי המדד שפורסם ביום 15.12.2020

מידע נוסף:

סכומים שאינם בערך נקוב: יובהר כי תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב, אם קיימים בפוליסה שברשותך, מבוססים על מחירי הסכם המתעדכנים מעת לעת על פי המפורט באתר החברה. לברור גובה תגמולי הביטוח האמורים הנכללים בתכנית הביטוח שברשותך, ניתן לפנות למוקד עיריית תל אביב-יפו, בטלפון 1-800-200-211 או באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il/wps/portal

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

⁶תקופת המתנה - תקופה המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגינה אין המבוטח זכאי לפיצוי או לשיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

נספח א' - פוליסת בריאות קולקטיבית

לעובדי עיריית תל אביב יפו ובני משפחותיהם

תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה + נספחיה

1. מבוא:

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן תבטח החברה בפוליסה קולקטיבית את המבוטח, תפצה ו/או תשפה ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה המבטחת לא יעלה על סכום הביטוח, הכול בכפוף וכאמור בפוליסה זו.

2. הגדרות:

2.1. בהסכם זה יהיו, למונחים שלהלן הפירוש שלצידם:

1. "החברה המבטחת"

הראל חברה לביטוח בע"מ

2. "בעל הפוליסה" - עיריית תל - אביב יפו - ארגון העובדים של עיריית תל - אביב יפו

3. המבוטחים הינם:

א) "מבוטח קיים" - מי שבמועד הצטרפותו לביטוח המקורי או לביטוח זה, הינו עובד/ת קבוע/ה או זמנית/ת אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן או בת זוגו (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד מעל גיל 30.

ב) "מבוטח חדש" - מי שלא היה במועד ההצטרפות לביטוח עובד/ת קבוע/ה או זמנית/ת ו/או מבוטח/ת אצל "בעל הפוליסה" והנו עובד קיים ו/או עובד חדש ו/או בן/ת זוג קיים ו/או בן/ת זוג חדש (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד מעל גיל 30.

ג) "פוליסה קודמת" / "ביטוח מקורי" - פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 1.5.2000 ואשר חודשה ב-1.5.2009 ובמועד 1.12.2013 בפניקס חברה לביטוח בע"מ.

ד) למען הסר ספק, יובהר כי כל המבוטחים שבטוחו במסגרת פוליסת הבריאות של עובדי עיריית תל אביב יפו ובני משפחותיהם, אשר התנהלה בפניקס חברה לביטוח בע"מ, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 1.5.2000 ואשר חודשה ב-1.5.2009 ובמועד 1.12.2013 (להלן: "הפוליסה הקודמת" / "ביטוח מקורי") לרבות עובדים חדשים, בני/ות זוג חדשים וילדיהם כהגדרתם בסעיף 3 א' - ב' לעיל אשר יצורפו לביטוח, יצורפו לביטוח ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת והכול בכפוף לסעיף תנאי ההצטרפות הרצ"ב.

ה) "גמלאי" - מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת ופרש מהעבודה או שמשולמות לו אחת מאלה:

1) קצבה משולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין 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.

2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת. "גיל הפרישה המוקדמת" - כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל הפרישה, התשס"ד - 2004, קרי גיל 60 לגבר ואישה.

4. "המועד הקובע" - 1.1.2021.
5. "פרמיה" - דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה / המבוטח לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.
6. "המדד" - מדד המחירים לצרכן - המדד הכללי המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחקר כלכלי או כל מדד שיחליף את מדד זה שיפורסם במקומו.
7. "המדד היסודי" - מדד חודש נובמבר 2020 שפורסם ביום 15 לדצמבר 2020. כל הסכומים, סכומי הביטוח והפרמיות בפוליסה ובהסכם צמודים למדד זה.
8. "מנתח / מרדים שבהסכם" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל הנמצא בהסכם עם החברה המבטחת, על כל הפרוצדורות שהוא מבצע, במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח. החברה המבטחת תעשה ככל שביכולתה על מנת שלא לגרוע רופא מרשימת רופאי ההסכם במהלך תקופת הביטוח בלא הסכמת בעל הפוליסה.
9. "בית חולים שבהסכם" - מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים, לרבות, אך לא רק, מסלולי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים (שר"פ/שר"ן) ואשר לחברה המבטחת הסכם התקשרות עימו לצורך מתן שירותים ו/או ביצוע ניתוחים למבוטחים.
10. "סכום ביטוח" - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח.
11. "חוק הבריאות" - חוק בריאות ממלכתית תשנ"ד - 1994.
12. "קופת חולים" - כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
13. "שירותי בריאות נוספים" (שב"נ) - תוכנית למתן שרותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך. וכאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובצו לפי סעיף 8 (ז) לחוק האמור.
14. "ישראל" - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
15. "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינת אויב.
16. "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
17. "בית חולים פרטי" - בית חולים כמוגדר לעיל המורשה ע"י משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
18. "השתתפות עצמית" - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פוליסה זו, תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
19. "אשפוז" - שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי ו/או במרפאה, לרבות, אך לא רק, תרופות ובדיקות הקשורות לניתוח / טיפול רפואי שבוצע, לרבות, אך לא רק, אבחון, ריפוי, שיקום ומעקב רפואי.
20. "יום אשפוז" - יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח ו/או לינת לילה בבית חולים ציבורי או פרטי. למען הסר ספק, אשפוז יום ייחשב כיום אשפוז לצורך הזכאות בפוליסה.

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

22. א. "בית אב" - עובד/ת העירייה, בן/ת זוג וילדיהם.

ב. יובהר כי ההסכם והפוליסה חלות באופן שוויוני גם על בני זוג מאותו המין.

ג. הסמכות המאשרת את הזכאות בכל פרקי הפוליסה הינה רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

23. כל חוזרי המפקח המצורפים חלים על הסכם ופוליסה זו - אך הינם תנאי מינימום - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים. קרי, החברה מתחייבת כי ההגדרות בפוליסה זו נוסחו בפרקים הרלוונטיים באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזרי הביטוח. כמו כן לא ייעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה. "מטיבה" לפי דעת בעל הפוליסה.

24. "כפל ביטוח":

(א) היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת אצל אותו מבוטח או אצל מבוטח אחר, יהיה אחראי המבוטח, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא הסכום, עד לגובה תקרת תגמולי הביטוח הקבועה בפוליסה הקבוצתית אף אם היה זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבוטח ובין אצל מבוטח אחר.

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

25. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות ההסכם והפוליסה הקודמים לבין הוראות הסכם ופוליסה אלו, יפעלו הסתירות ו/או אי הבהירות ו/או דו המשמעות לטובת המבוטח/ים שהצטרף/ו הן ברצף ביטוחי והן כמבוטחים חדשים ו/או בעל הפוליסה, תוך הישענות על עיקרון כי ההסכם והפוליסה באו להוסיף על תנאי ההסכם והפוליסה הקודמים, ולהטיב את תנאי המבוטחים הכלולים בו ו/או שהצטרפו אליו וכן בעל הפוליסה. "להטיב" לדעת בעל הפוליסה.

26. החברה המבטחת מתחייבת ליידע ולעדכן את בעל הפוליסה ולהתאים את ההסכם והפוליסה לכל הנחיה כללית או ספציפית רלוונטית שפורסמה ותפורסם בעתיד על ידי המפקח על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר בנוגע לביטוחי בריאות קולקטיביים, אם וככל שהן מטיבות עם מבוטח כלשהו ועם בעל הפוליסה (לפי העניין). וכן לכל הקשור ומתנהל באופן שוטף מול המפקח על הביטוח לרבות טיוטות חוזרים, תקנות והתכתבויות של החברה המבטחת עם המפקח על הביטוח בנושא, ובכפוף לאמור בסעיף 23 לעיל.

לאור עמדתו החדשה של ראש רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון שעדכן כי ברצונו לבחון ולבדוק את הרפורמה של הפוליסה האחידה, במידה ויתאפשר רגולטורית והתקנות ו/או החוזרים ו/או החוקים בנושא זה ישתנו ו/או יורחבו, תהיה לבעל הפוליסה הזכות לשנות את פרק הניתוחים בארץ כפי שהיה נהוג טרם כניסת הרפורמה לתוקף מבחינת כסויים, וכן במידה ויתאפשר לשלם למבוטח החזר בגין מנתח ובית חולים שאינם בהסכם עם המבוטח, תעריף החזר יעמוד על תעריף המבוטח כפי שמתפרסם באתר האינטרנט בתוספת 50% או העלות בפועל הנמוך מביניהם.

27. למבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית ו/או פוליסה קיבוצית, בטרם או במהלך הביטוח הקודם או ביטוח זה, יישמר רצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופות אכשרה ו/או תקופות המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח.

28. למען הסר ספק, תביעה שאושרה בתקופת הביטוח ו/או משולמת לשיעורין כדוגמת, אך לא רק, תביעת תרופות, תמשיך להיות משולמת בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי, ללא קשר ובנוסף למוגדר כמקרה ביטוח בפרק הרלוונטי.

29. נספח ב' להסכם ולפוליסה, השרות SLA וכן נספח ה' נספח השיוק ושימור הלקוחות, מהווים חלק מהותי ותנאי מתלה לקיום הפוליסה וההסכם.

30. התיישנות תביעות: תקופת התיישנות של תביעה לתשלום / לקבלת תגמולי ביטוח היא חמש שנים מיום ביצוע הטיפול / הניתוח / הפרוצדורה הרפואית / קבלת התרופה.

31. בנוגע לתביעות של מבטחים קיימים, שמועד מקרה הביטוח אירע בתקופה בה הביטוח אצל המבטח הקודם הייתה בתוקף ו/או הזכאות ו/או הזכות לקבלת תגמולי ביטוח נוצרו במועד בו הביטוח הרפואי הקודם היה בתוקף ו/או אירוע שהמבטח הקודם חב בו, ארע בטרם כניסת הסכם זה לתוקף או הוגשה למבטח הקודם תביעה ו/או דרישה ע"י המבטח ותביעה ו/או דרישה זו לא אושרה או אושרה ולאחר מכן המבטח הקודם חזר בו או נדחה מכל סיבה שהיא, או לא שולמה במלואה למרות שזכאות המבטח הייתה ו/או קיימת ו/או שולמה על ידי המבטח הקודם והתקרה מוצתה עד תום (לרבות אך לא רק בפרק התרופות), יטופלו, יאושרו וישולמו ע"י החברה המבטחת, ולא תישמע שום טענה מהחברה המבטחת ביחס לנושאים אלו. החברה המבטחת תהיה רשאית להחתים את המבטחים ע"ג הטפסים הנדרשים על מנת לבצע את הליך השיבוב / החזר מול המבטח הקודם והיא לא תפנה את המבטח בשום צורה למבטח הקודם, אלא תטפל, תאשר ותשלם במלואה את התביעה, ללא יוצא מן הכלל. סעיף זה הנו מעיקרי ההסכם. מוסכם כי סעיף זה הינו תנאי יסודי בהסכם והפרתו תיחשב הפרה יסודית.

32. מתן מסמכים למבטח:

(א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי גאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.

(ב) על אף האמור בסעיף א' 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 המבטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין- כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

את האפשרות של המבטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
את האפשרות של המבטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

33. קביעת דמי הביטוח:

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים- 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 המבטח;

- (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;
- (6) על אף האמור לעיל, המפקח רשאי לאשר למבטח מסוים כי לגבי תוכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי סעיף זה, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

3.4. מתן הודעות למבוטח

- א. 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 המבוטח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.
- ב. לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- ג. חודשה הפוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטוח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- ד. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- ה. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) תשס"ט-2009 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.
- ו. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

35. ביטול הביטוח לגבי מבטח מסיים

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבטח כאמור לעיל, והודיע המבטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

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

(ג) פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם, אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבטח.

36. המשכיות

(א) בתום ההסכם ובכל במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא ו/או במקרה של עובד שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין אן בשל פרידה מידועה/בציבור ו/או במקרה של פטירת העובד, יהיו זכאים המבטחים להמשיך להיות מבטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית בחברה המבטחת, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר, אלא אם כן המבטח ביקש כי תנאי פוליסת ההמשך, כאמור, יהיו נוחותים יותר.

(ב) התעריפים הנים התעריפים שיהיו קיימים אצל החברה המבטחת לפוליסת בריאות באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה עפ"י סעיף א' לעיל, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 35% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה ובכפוף לאמור בסעיף א' לעיל, למשך 5 שנים ו-25% החל מהשנה השישית ואילך, לכל החיים.

(ג) החברה המבטחת תפנה בכתב לכל מבטח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 180 ימים ממועד ניתוק יחסי עובד/מעביד כאמור ותאפשר לו לבחור במעבר לפוליסת המשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. כמו כן, למבטח שיפנה למבטח תוך 180 יום ממועד הפסקת הביטוח, תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. קרי, המבטח חייב לשלוח הודעה בכתב על הפסקת הביטוח למען המבטח, והמבטח תוך 180 יום רשאי להחליט על בחירה במעבר לפוליסת המשך ממועד קבלת ההודעה של המבטחת במענו.

(ד) פוליסה לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי זו, לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלו.

מבוטחים קיימים:

37.1. לפוליסה הכוללת את פרקים א'-י' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) יצורפו כל המבוטחים הקיימים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3 (א') ו-ד'), אשר היו מבוטחים בפרקים וברובד המקביל לפרקים ולרובד זה בפוליסה הקודמת, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי.

37.2. לפוליסה הכוללת את רובד החובה פרקים א'-ב' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) יצורפו כל בני/ות זוג וילדיהם כהגדרתם בסעיף 3 (א') ו-ד') לפרק ההגדרות בפוליסה, אשר היו מבוטחים בפרקים וברובד המקביל לפרקים ולרובד זה בלבד בפוליסה הקודמת, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו לרבות החמרה במצבם הרפואי.

37.3. לפוליסה הכוללת את רובד ההרחבה וולונטרית, פרק י"א - "מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים" יצורפו כל המבוטחים אשר היו מבוטחים בפרק וברובד המקביל לפרק ולרובד זה בלבד בפוליסה הקודמת, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו לרבות החמרה במצבם הרפואי לסכום הביטוח הקרוב ביותר לסכום בו היו מבוטחים ערב המעבר במכפלות של 50,000 ₪.

למשל, מבוטח לו קיים סכום ביטוח בסך של 75,500 ₪, יעבור ברצף ביטוחי כאמור לכיסוי בסכום ביטוח של 100,000 ₪ ואילו מבוטח לו סכום ביטוח בסך של 74,500 ₪, יעבור ברצף ביטוחי כאמור לכיסוי בסכום ביטוח של 50,000 ₪. בנוסף, מבוטחים להם כיסוי לסכום ביטוח הנמוך מ-50,000 ₪ ביום תחילת הביטוח, יעברו לכיסוי בסכום של 50,000 ₪ ברצף ביטוחי, למעט במקרים בו נדרש אישור המבוטח למעבר. במקרה זה הזכאות לעשות כן תהיה במהלך 180 יום מיום תחילת הפוליסה.

37.4. א) לפוליסה הכוללת את הרובד המורחב פרקים ג'-י' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA), בני/ות זוג וילדים, אשר היו מבוטחים בתקופת הביטוח הקודמת בפרקים א'-ב' בלבד, יהיו רשאים להצטרף במהלך "תקופת מבצע" ב-180 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה ללא חריגים כלשהם, וללא סייג רפואי קודם כלשהו.

כל מי שהרחיב את הפוליסה בתקופת הביטוח הקודמת, ימשיך להיות מבוטח בהתאם לאמור בסעיף 37.1 לעיל, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי. (ב) כל מי שלא הרחיב את הפוליסה ב-180 ימים אלו, יוכל לאחר מכן להרחיב את הפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

37.5. לפוליסה הכוללת את רובד ההרחבה וולונטרית, פרק י"א, "מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים" יצורפו כל המבוטחים אשר היו מבוטחים בפרק וברובד המקביל לפרק ולרובד זה בלבד בפוליסה הקודמת, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות

אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו לרבות החמרה במצבם הרפואי לסכום הביטוח הקרוב ביותר לסכום בו היו מבוטחים ערב המעבר במכפלות של 10,000 ₪ ובסכום שלא יפחת מ-50,000 ₪. למשל, מבטוח לו קיים סכום ביטוח בסך של 75,500 ₪, יעבור ברצף ביטוחי כאמור לכיסוי בסכום ביטוח של 80,000 ₪ ואילו מבטוח לו סכום ביטוח בסך של 74,500 ₪, יעבור ברצף ביטוחי כאמור לכיסוי בסכום ביטוח מ-50,000 ₪ ביום למרות האמור, מבוטחים להם כיסוי לסכום ביטוח הנמוך מ-50,000 ₪ ביום תחילת הביטוח, יעברו לכיסוי בסכום של 50,000 ₪ ברצף ביטוחי, למעט במקרים בו נדרש אישור המבטוח למעבר. במקרה זה הזכאות לעשות כן תהיה במהלך 180 יום מיום תחילת הפוליסה.

37.6 הפנסיונרים / הגמלאים שהיו מבוטחים במסגרת הפוליסה המקורית ועברו לפוליסה הקודמת בלבד, יעברו לפוליסה החדשה ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופות המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי, הפרמיה לפורש / בני משפחתו תהיה 164 ₪ למבטוח יחיד. התשלום ייעשה באמצעות אמצעי גבייה אישי: כרטיס אשראי או הוראת קבע, ישירות מול החברה המבטחת (ולא דרך הפנסיה).

עובדים חדשים, בניו זוג וילדיהם:

37.7 א) לפוליסה הכוללת את פרקים א'-י' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) יצורפו כל העובדים החדשים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 (ב'), תוך 180 יום מיום זכאותם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי. (בכפוף למילוי טופס הצטרפות).

ב) כל מי שהצטרף לאחר 180 יום אלו, ההצטרפות תתבצע בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

37.8 א) לפוליסה הכוללת את רובד החובה פרקים א'-ב' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) יצורפו כל בניו זוג וילדיהם כהגדרתם בסעיף 3 (ב') לפרק ההגדרות בפוליסה, תוך 180 יום מיום זכאותם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו לרבות החמרה במצבם הרפואי. (בכפוף למילוי טופס הצטרפות).

ב) כל מי שהצטרף לאחר 180 יום אלו, ההצטרפות תתבצע בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

37.9 א) לפוליסה הכוללת את הרובד המורחב פרקים ג'-י' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף בניו זוג וילדיהם של העובדים החדשים במהלך "תקופת מבצע" ב-180 הימים מיום זכאותם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה ללא חריגים כלשהם, וללא סייג רפואי קודם כלשהו (בכפוף למילוי טופס הצטרפות).

ב) כל מי שלא הרחיב את הפוליסה ב-180 ימים אלו, יוכל לאחר מכן להרחיב את הפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

עובדים קיימים, בניו זוג וילדיהם: (שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת)

37.10 א) לפוליסה הכוללת את פרקים א'-י' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף כל העובדים הקיימים שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3 (ב'), ב-180 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו ובכפוף למילוי טופס הצטרפות.

37.11 א) לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ב' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף בני/ות זוג וילדים של עובדים קיימים, שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת) כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 ב', במהלך "תקופת מבצע" ב-180 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או בתקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו ובכפוף למילוי טופס הצטרפות.

ב) כל מי שלא הצטרף לפוליסה ב-180 ימים אלו, יוכל לאחר מכן, להצטרף לפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

37.12 א) לפוליסה הכוללת את הרובד המורחב פרקים ג'-י' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף בני/ות זוג וילדיהם של העובדים הקיימים במהלך "תקופת מבצע" ב-180 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה ללא חריגים כלשהם, וללא סייג רפואי קודם כלשהו ובכפוף למילוי טופס הצטרפות.

ב) כל מי שלא הרחיב את הפוליסה ב-180 ימים אלו, יוכל לאחר מכן להרחיב את הפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות (המצ"ב כנספח ד' להסכם)

37.13 מבוטחים היוצאים לחל"ד/ חל"ת/ חופשת אימוץ/ שמירת היריון (חופש ללא תשלום)

חל"ד - עובד/ת היוצאים לחל"ד ימשיכו להיות מבוטחים באופן זהה לעובד. בני משפחת העובד/ת בחל"ד ימשיכו להיות מבוטחים בפוליסה באותם התנאים, העירייה תמשיך לשלם את דמי הביטוח ביגום במהלך תקופה זו. חל"ת (חופשה ללא תשלום) - בעל הפוליסה יעביר לחברה המבטחת דיווח בגין עובדים / עובדות אשר האריכו את החל"ד לחל"ת ובני משפחתם/ן ו/או עובדים/ות היוצאים לחל"ת מכל סיבה שהיא ובני משפחתם/ן.

החברה המבטחת תפנה למבטחים שיצאו לחל"ת עליהם עודכנו על ידי בעל הפוליסה מיד עם קבלת ההודעה מבעל הפוליסה על יציאתם לחל"ת באמצעים דיגיטליים (SMS ומייל), במידה והמבטח לא קיבל מבעל הפוליסה פרטים אלו, תהא הפניה באמצעות הדואר.

בהודעה תינתן למבוטח:

1. האפשרות לשלם בגין תקופה זו באמצעי גבייה אישי
2. לבטל את הביטוח.

במידה והמבוטח לא יענה לפניה זו, הוא ובני משפחתו המבוטחים יחד איתו יישארו מבוטחים והפרמיה ביגום תיגבה רטרואקטיבית בתום תקופת החל"ת משכרו. דמי הביטוח והיקף הכיסוי בתקופת החל"ת יהיו ללא שינוי מדמי הביטוח והיקף הכיסוי לכלל העובדים ובני המשפחות עבור תוכנית הביטוח.

כללי:

- 37.14 א. לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ב' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) או לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ו' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים (SLA) יהיו רשאים להצטרף ילדים שגילם בכניסה לביטוח זה מעל גיל 30 ו/או בני/ות זוגם ו/או ילדיהם וכמו כן בני/ות זוגם ו/או ילדיהם של ילדים מתחת לגיל 30, באופן במהלך "תקופת מבצע" ב-180 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח ו/או מיום זכאותם, המאוחר מביניהם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה ללא חריגים כלשהם, וללא סייג רפואי קודם כלשהו. התשלום ייגבה משכר העובד אלא אם ביקש הילד הבוגר מפורשות לשלם באמצעי גבייה אישי באמצעות פנייה לחברת הביטוח. עם בקשה לצירוף בני משפחה של ילד בוגר, יעבור הילד הבוגר יחד עם בני משפחתו לתשלום באמצעי גבייה אישי ובכפוף לקבלת טופס בקשה מאת המבוטח. על חברת הביטוח לפנות לעובד בהגיע ילדו לגיל 30 ולעדכן אותו בשינוי בתעריף. הביטוח לילד בוגר ובני משפחתו יימשך ללא הפסקה ותשלום הפרמיה ייגבה בהתאם משכר העובד. החברה המבטחת מתחייבת לשמור תיעוד לנושא.
- ב. כל מי שלא הצטרף לפוליסה במאה שמונים (180) ימים אלו, יוכל לאחר מכן, להצטרף לפוליסה בכפוף למילוי הצהרת בריאות.
- 37.15 מבוטחים שיוולדו להם תינוקות ו/או אימצו ילדים ו/או נישאו ו/או הפכו לידועים בציבור במהלך תקופת הביטוח יהיו רשאים לצרף את ילדיהם החדשים ו/או בני זוגם לרובד החובה בפוליסה הכוללת את פרקים א'-ב' או לרובד המורחב בפוליסה הכוללת את פרקים ג'-ו' במהלך 180 יום מיום לידתם או מיום האימוץ או חתונתם או מועד ההכרה כידוע בציבור, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או בתקופת אכשרה ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו. תינוק שנולד ויצורף במהלך 180 יום מיום לידתו, יהא מבוטח רטרואקטיבית מיום היוולדו. מי שלא יצרף את תינוקו או בן זוגו במהלך 180 הימים הראשונים כאמור, יוכל לעשות זאת לאחר מכן בכפוף למילוי הצהרת בריאות (המצ"ב כנספח ד' להסכם).
- 37.16 כל מבוטח יוכל לגרוע את עצמו מהפוליסה תוך 120 יום ממועד תחילת הביטוח או 120 יום מיום זכאותו, המאוחר מביניהם, ולקבל חזרה את הפרמיה ששולמה באופן רטרואקטיבי במידה ולא תבע את הפוליסה.
- 37.17 כל המבוטחים שימשו את סעיף 37.14 לעיל ויבקשו להצטרף חזרה לפוליסה, יוכלו לעשות זאת בכפוף למילוי הצהרת בריאות המצ"ב כנספח ד' להסכם.
- 37.18 הרחבה וולונטרית של ביטוח מחלות קשות פרק יא': במנות של 50,000 ₪: את ההרחבה הוולונטרית יוכלו לרכוש כל המבוטחים אשר מבוטחים לפחות בביטוח החובה, בכפוף למילוי הצהרת בריאות. כל המבוטחים הקיימים, אשר רכשו הרחבה זו בתקופת הביטוח הקודמת, ימשיכו להיות מבוטחים ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת אכשרה, ללא תקופת המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו.
- 37.19 החברה המבטחת תודיע למבוטח במכתב דחייה / קבלה לביטוח, וזאת תוך 30 יום מהמועד בו חתם המבוטח ע"ג טופס הבקשה להצטרף לביטוח. היעדר הודעה מעבר לתקופה של 30 יום כאמור לעיל כמוה כאישור החברה המבטחת לקבלת המבוטח לביטוח בכיסוי מלא וללא חרגות. סעיף זה רלוונטי לסעיפים: 37.4 ב', 37.7 ב', 37.8 ב', 37.9 ב', 37.11 ב', 37.12 ב', 37.14 ב', ד' ו-37.15 לעיל בלבד.

37.20. כל מי שעונה על ההגדרה בסעיף 27 לפרק ההגדרות בפוליסה, יצורפו לביטוח ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה, ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח, וללא סייג רפואי קודם כלשהו.

37.21. על פי סעיף 12(ב) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח

בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009 בנושא צירוף מבטוח - (א) מוטלת על מבטוח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה: (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1(ג) לחוק עובדים זרים; (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצורפו המבטוח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבטוח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחים מסוגים מסוימים (בסעיף זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבטוח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטוח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד. אם המבטוח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטוחים - המבטוח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו. (ב) סעיף משנה (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטוח או אצל מבטוח אחר, אם התקיימו תנאים אלה: (1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטוחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה; (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה ובכפוף לסעיף 3 ד' בפרק ההגדרות לעיל. (3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: ניתוחים; תרופות; השתלות; מחלות קשות; שיניים; תאונות אישיות. (ג) פחת מספר המבטוחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

* והכול בכפוף לסעיף 23 לעיל.

■ מובהר ומוסכם כי אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכות כלשהי - מכל מין וסוג שהוא - מכוח כל דין של המבטוח ו/או בעל הפוליסה, והאמור לעיל בא להיטיב ולהוסיף על זכויות המבטוח ובעל הפוליסה, ולא לגרוע מהן או לצמצמן, ויפורש רק באופן המרחיב ו/או מיטיב עם זכויות המבטוח ו/או בעל הפוליסה.

38. תקופת ההסכם:

38.1. הסכם זה הינו לתקופה מרבית של 5 שנים החל מיום 1.1.2021 ועד ליום 31.12.2025. בכפוף אך לא רק לאמור בסעיף 21 להלן.

38.2. חרף המוסכם בסעיף 38.1 לעיל, בעל הפוליסה, לפי שיקול דעתו הבלעדי ובהודעה שימסור לחברה המבטחת, רשאי לקבוע את ההסכם והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת וזאת בכפוף להסכמה על התנאים המסחריים עם המבטוח.

38.3. החברה המבטחת מצהירה ומתחייבת כי הזכאות לכל הנובע בהסכם ובפוליסה אלו לרבות, אך לא רק, תקרות ההחזרים, מכסות הטיפולים, תתחיל מחדש בתום מחצית מתקופת הביטוח (שנתיים וחצי), וכי החברה המבטחת תשלם ותאשר מחדש את כל הכיסויים, לרבות תקרות ההחזרים ומכסות הטיפולים, ממועד זה, עפ"י תנאי הפוליסה וההסכם. יובהר כי עבור פרק התרופות תקרות ההחזר יתחילו מחדש כל שנתיים.

38.4. בתום מחצית מתקופת הביטוח (שנתיים וחצי), יפתח חלון הזדמנויות המאפשר למבוטחים להיכנס לפוליסה ללא מילוי הצהרת בריאות ובכפוף לתנאי ההצטרפות בסעיפים 37.9-37.11 לעיל.

משך חלון הזדמנויות זה יפתח ל-120 יום מתום מחצית מתקופת הביטוח (שנתיים וחצי).

38.5. בעל הפוליסה או החברה המבטחת ביטלו ביטוח קולקטיבי אחר שהיה אצל החברה המבטחת, מסיבה כלשהי. במקרה זה, וכדי שלא לפצל את הביטוחים, יהיה רשאי בעל הפוליסה לבטל גם את הביטוח והפוליסה בהתאם להסכם זה, לפי שיקול דעתו הבלעדי.

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

38.7. **התאמת פרמיה:** לאחר 30 חודשים מתאריך תחילת הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני הפוליסה לבחינת הצורך בקיום התאמת דמי הביטוח ו/או שינויים בכיסויים. התאמת דמי הביטוח תבוצע בהתאם לנוסח התאמת הפרמיה הקיים בהסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת.

פרק א'1: השתלות

1. **מקרה הביטוח:** השתלת איברים שבוצעה במהלך תקופת הביטוח ו/או תבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או הצורך בביצועה נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

1.1 השתלת איברים:

בגין השתלת איברים יהיה זכאי המבוטח לשיפוי מלא בגין לב, לב-ריאה, אונת ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, כבד, השתלת קרנית, השתלת מח עצם, לרבות, אך לא רק, השתלת מח עצם עצמית, אונת כבד, שחלה, רחם, מעי, תאי אב ו/או תאי גזע ו/או תאי דם מדם היקפי ו/או דם טבורי ו/או דם פריפרי מתורם זר ו/או מגופו של המבוטח וכל שילוב ביניהם, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר והשתלת איבר אחר או חלק מאיבר אחר במקומו אשר נלקח מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו או איבר מלאכותי ו/או תפועול באמצעות איבר מלאכותי, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית, וכן והשתלת איבר מבע"ח (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"ו הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או ארה"ב או האיחוד האירופי).

את ההשתלה רשאי המבוטח לבצע בארץ או בחו"ל.

ובכפוף לחוק השתלת איברים התשס"ח 2008 ולחוזר ביטוח 1-1-2009 הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

1.1.1 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

1.1.2 למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי, אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

יובהר כי השתלה חוזרת, תיחשב כמקרה ביטוח חדש.

1.2 **מסלול 1** - החברה המבטחת תשפה את המבוטח על תשלומיו בגין השתלה בסכום ביטוח בלתי מוגבל בגין סעיפים 1.3.1-1.3.4 ובסכום ביטוח מרבי נוסף של 1,500,000 ש"ח להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.13.

1.3 כתשלום בגין השתלה ייראו את התשלומים כדלקמן:

1.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח ו/או בתקופות המתנה בחו"ל לפני ביצוע ההשתלה, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנוקק המבוטח לפני ביצוע ההשתלה. במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

1.3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות, אך לא רק, אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום, עד 365 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 365 יום לאחר ביצועה. לרבות, אך לא רק, כל ההוצאות הכרוכות בטיפול הרפואי, באשפוז, בבדיקות, שירותי מעבדה לרבות, אך לא רק, ולא רק בבדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה שיידרשו, בתרופות ובטיפולים להם נזקק המבוטח לרבות הוצאות בגין טיפולים רפואיים נדרשים לפני אשפוז, בתקופת המתנה להשתלה, במהלך האשפוז ולאחר ההשתלה.

1.3.3 תשלום עבור ההוצאות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. לרבות, אך לא רק, כיסוי ההוצאות הרפואיות הכרוכות באיתור התורם כולל הוצאות שהייה וטיסה לצורך איתור תורם עבור המבוטח ומלווה אחד. כמו כן, כיסוי לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם. הכיסוי

יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור האיבר והשגתו. במידה והמבוטח יזדקק להשתלת קרנית, החברה תסייע למבוטח תוך הפעלת קשריה בארץ ובחו"ל להשגת קרנית.

1.3.4. תשלום לכל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז וכן תשלום לצוות המנתח עבור השירותים הרפואיים שניתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה ובמהלך האשפוז לפני ואחר ההשתלה לרבות פיזיותרפיה.

1.3.5. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח, ומלווה במלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל. לרבות, אך לא רק, הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.

על אף האמור לעיל במידה והמבוטח הוא ילד עד גיל 21 תכסה החברה המבטחת הוצאות טיסה ושהיה של שני מלווים. רופא מטעם המבוטח יחליט עפ"י מצבו הרפואי של המבוטח האם מצבו הרפואי מחייב לטוס במחלקה אחרת ו/או עם רופא מלווה ואז יינתן כסיו למימון טיסה במחלקה הרלוונטית למצבו לחולה ולמלווה אחד.

1.3.6. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים. כולל ליווי רופא מלווה. לרבות, אך לא רק, הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.

1.3.7. תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל, במידה והמושתל הינו ילד עד גיל 21, יהיה התשלום עבור שני מלווים.

1.3.8. תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל ועד 200,000 ש"ח. ישולם בנוסף לסכומי הביטוח המפורטים בסעיף 1.2 לעיל.

1.3.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.

1.3.10. תשלום עבור משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח.

1.3.11. תשלום לכיסוי הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות בסך 500,000 ש"ח.

1.3.12. הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.

1.3.13. הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבוטח להוציא בחו"ל או בארץ עפ"י הוראה רפואית לרבות, אך לא רק, הוצאות המשך טיפול תרופתי בארץ שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח. כמו כן, תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה.

1.3.14. השלמת הכנסה וכיסוי הוצאות:

בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי הפוליסה, תשלם החברה המבטחת למבוטח, בנוסף לכל גמלה ולכל פיצוי אחר, לו זכאי המבוטח עפ"י הפוליסה, גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן:

1.3.14.1. סך של 7,000 ש"ח לחודש למשך 24 חודש.

1.3.14.2. נפטר המבוטח לאחר ניתוח ההשתלה וטרם מיצה את הגמלה כקבוע לעיל יקבלו מוטביו את יתרת הגמלה כקבוע לעיל מייד לאחר פטירתו לפי צו ירושה ו/או קיום צוואה ובמידה ואין ליורשיו החוקיים.

1.3.14.3. גמלת החלמה לאחר השתלה, תשולם למושתל גם אם ההשתלה בוצעה בארץ.

1.4. מסלול 2 - פיצוי בעד השתלת איברים לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות: סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל. סכום הביטוח הינו 360,000 ₪.

1.4.1. מקרה הביטוח -

אבחנה מתועדת להתקיימות השתלת אברים כהגדרתה בסעיף 1.1 לעיל.

1.4.2. תשלום פיצוי בעד השתלת איברים, ייעשה בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל המעיד על רישומו של המבוטח, ובטרם ביצוע ההשתלה או במקרה והמבוטח אינו יכול להירשם במרכז הלאומי להשתלות, בכפוף למכתב מרופא מטעם המבוטח המעיד על הצורך בהשתלה, ובטרם ביצוע ההשתלה.

1.4.3. הזכאות לכיסוי להשתלות איברים, עפ"י פרק זה, יהא עפ"י סעיף 1.2 או עפ"י סעיף 1.4 עפ"י שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח.

בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק א'2: טיפולים מיוחדים בחו"ל

2. **מקרה הביטוח:** טיפול רפואי בחו"ל שבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או יבוצע במהלך תקופת הביטוח ו/או הצורך בביצועו נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.
- 2.1 **כ"טיפול מיוחד בחו"ל"** יחשבו טיפולים רפואיים לרבות ולא רק טיפול בחולי סרטן, מחלות אוטואימוניות ועוד, בחו"ל, שמתקיימים בהם אחד מהתנאים הבאים:
- 2.1.1 לא ניתן לבצע את הטיפול המיוחד בישראל, ו/או סיכויי ההצלחה ו/או סיכויי ההחלמה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ, ו/או הניסיון ו/או המומחיות בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון ו/או המומחיות בביצועו בישראל, ו/או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
- 2.1.2 **הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.**
- 2.1.3 **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי או אבחון של הבעיה הרפואית אשר נדרש בעקבות ו/או לקראת טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.**
- 2.2 אם הטיפול המיוחד בחו"ל בוצע בתאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות על פי סעיף 2.3 להלן, לפי העניין. במקרה של ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל שלא בוצע בתאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי הינו 1,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
- "בתאום עם המבטח" - המבוטח הודיע למבטח מראש על הצורך בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ואפשר למבטח להתקשר עם נותני השירות הרפואי, לתאם את הטיפול המיוחד בחו"ל ולשלם עבור ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ישירות לנותן השירות הרפואי בחו"ל. במקרה בו המבוטח איפשר לחברה המבטחת לתאם את הטיפול המיוחד בחו"ל/ אך החברה המבטחת לא הצליחה להגיע להסדר, תקרת השיפוי תהיה מלאה.
- 2.3 **תשלום בגין טיפול מיוחד יראו את התשלומים כדלקמן:**
- 2.3.1 תשלומים כמפורט בסעיף 1.3 בפרק א' (1) לעיל בשינויים כדלהלן:
- 2.3.1.1 בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד".
- 2.3.2 כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור לטיפול המיוחד, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.
- *למען הסר ספק, סכומי הביטוח ישולמו בנוסף לסכום הביטוח שהוגדר לעיל בסעיף 2.2.
- 2.3.3 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.3.4 כמו כן, ישולם בנוסף תשלום עבור טיפולי המשך בחו"ל הנובעים מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.4 החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות ו/או העתק נאמן למקור ותוך תקופה שלא תעלה על 10 ימים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי החברה המבטחת לצורך ביצוע התשלום, לרבות מסירת כתב התחייבות לכיסוי ההוצאות לנותן השרות.

2.5. למען הסר ספק, במידה ונדרשת נסיעה לחו"ל לצורך אבחון של הבעיה הרפואית, יכוסה האבחון, הטיפול (במידה ובוצע) וכל הבדיקות שיבוצעו במסגרת זו, יאושרו ויכוסו במסגרת פרק זה, בין אם המבוטח עבר או לא עבר טיפול מיוחד בחו"ל במסגרת אותה הנסיעה. יובהר כי, האבחון של הבעיה הרפואית יאושר רק בכפוף להפניה של רופא מטעם המבוטח, המאשרת את הצורך בביצוע האבחון מתוך מטרה לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

2.6. הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל:

נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני מציל חיים בחו"ל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי - (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:

2.6.1. עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 100,000 ₪.

2.6.2. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 40,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד 60,000 ₪ לשני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

2.6.3. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצויד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.

2.6.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד שנה, וזאת עד לסך של 1,000 ₪ ליום למלווה ועד 1,500 ₪ לשני מלווים.

בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק א'3: ניתוחים בחו"ל

3. מקרה הביטוח: ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו במהלך תקופת הביטוח ו/או יבוצעו במהלך תקופת הביטוח ו/או הצורך בביצועם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

3.1. ניתוח -

כל פעולה פולשנית חדירנית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית, אשר מטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, במסגרת זו ייראו כניתוח גם, אך לא רק, פעולות פולשניות-חדירניות לאבחון או לטיפול, כגון, אך לא רק: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מרופא מומחה לביצוע ההדמיה המגנטית לפני ביצוע הניתוח, למען הסר ספק הבדיקה תכוסה ע"י החברה המבטחת גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ביופסיות מכל סוג שהוא, קולונוסקופיה, כולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון, אך לא רק: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדומה, צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, צנתור וירטואלי, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיורפיה וכן ריסוק אבני כליה, מרה, השתלת עור, ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח עפ"י הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצרכי מניעה בלבד. כמו כן, יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה באמצעות מערכת לתהודה מגנטית ו/או רפואה גרעינית וניתוח אלקטיבי בלייזר. ניתוח לפרוסקופי, לרבות אך לא רק ניתוח רובוטי בין היתר באמצעות רובוט דה וינצ'י.

ניתוח מפרק / משתל בהתאמה אישית - תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI ויצירת מפרק / משתל המותאם אישית לגופו של המנותח. שאיבת דיסק מכאנית ללא פגיעה ברקמות הסמוכות בשיטת Hydrocision.

למען הסר ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, לרבות טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו לעיל.

*למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 23 לעיל.

3.2. בגין ניתוחים בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי מלאה.

לרבות, אך לא רק, כיסוי עבור: הוצאות אשפוז, תרופות, בדיקות אבחון ומעבדה, בדיקות פתולוגיות, טיפולי פיזיותרפיה, שתל, שכר אחות פרטית, שירותי הסעה באמבולנס וכן כל הוצאה אחרת במהלך האשפוז הקשורה ישירות לניתוח.

3.3. למען הסר ספק, במידה ולא ניתן להעביר המבוטח לחו"ל לביצוע הניתוח בחו"ל מסיבות רפואיות או מכל סיבה שהיא, תשלם החברה המבטחת עבור הבאת המומחה מחו"ל לביצוע הניתוח בישראל.

3.4. בגין ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את כל הוצאותיו בגין כל הכרוך בניתוח בחו"ל במטבע ישראלי בהתאם לשער המחאות גבוה המפורסם ע"י בנק ישראל שיהיה ידוע ביום התשלום ע"י החברה המבטחת ובהיקף זכאותו של המבוטח על פי האמור לעיל.

- 3.5. בנוסף לאמור, החברה המבטחת תכסה סכום חד פעמי בסך עד 68,000 ₪ בגין הוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בנייתוח בחו"ל. ובמקרה של ילד עד גיל 21 סכום הביטוח החד פעמי יעלה לעד 100,000 ₪.
- למען הסר ספק, ביטוח זה יכול להוצאות שהיה כגון, אך לא רק; הוצאות בגין לינה במלון או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים בתוספת הוצאות החלות על השוכר (גז, חשמל, מים) והוצאות כלכלה (אוכל ושתייה).
- 3.6. הטסה רפואית - תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל / מחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל / מחו"ל, כולל ליווי רופא מלווה, ובליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח.
- כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
- למען הסר ספק יכלולו ההוצאות גם את ההוצאות בגין הצוות הרפואי.
- 3.7. כיסוי להוצאות הטסת גופה - החברה המבטחת תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.
- 3.8. החברה המבטחת תשלם ישירות לנותן השרות או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשיירות רפואיים ופרוצדורות רפואיות, אותם קיבל המבוטח. פרוצדורות רפואיות ותכשירים רפואיים (כולל הוצאות עקיפות הקשורות לפרוצדורות רפואיות אלו) שהוגדרו על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח כנחוצות בשל מצבו הבריאותי של המבוטח והפרוצדורות הרפואיות אותן נדרש המבוטח לעבור.
- 3.9. הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.
- 3.10. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

4. חריגים:

- 4.1. טיפולים ניסיוניים
- 4.2. טיפולי פוריות ובדיקות מניעתיות.
5. למען הסר ספק, ביחס לסעיפים א' 1-3, במידה וספק השירותים אינו מקבל כתב התחייבות או העברות בנקאיות, ישולם הסכום למבוטח טרם יציאתו מהארץ, בכפוף לקבלת המסמכים הדרושים מספק השרות.
6. למען הסר ספק, החברה המבטחת מתחייבת לבטח את המבוטח על חשבון הביטוח נסיעות לחו"ל מקיף וכולל אשר יכסה גם את המצב הקיים בגינו נסע המבוטח, במסגרת פרקים א'-1 ו-3 לעיל והכול בכפוף להסכמתו של המבוטח.
- בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק ב': כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות בהתאמה אישית

1. הגדרות:

- 1.1. **"מקרה הביטוח"** - שיפוי בגין עלות תרופה אשר ניטלה ניטלת ו/או ניטל במהלך תקופת הביטוח ו/או הצורך בנטיילתה נדרש או יידרש לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2. **"תרופה"** - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי, שנועד לשם אבחון, ריפוי, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו לרבות, ו/או מניעת החמרת מצב רפואי כלשהו לרבות אך לא רק, הסימפטומים הרפואיים, לרבות כאב, אך לא רק, מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה, לרבות, אך לא רק, בשל מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי אחר.
- גדרת תרופה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 18-1-2015 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 לעיל.
- למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות, היה רופא מטעם המבוטח.
- 1.3. **"טיפול תרופתי"** - נטילת תרופה על פי הוראת רופא, בצורה חד-פעמית או מתמשכת. הגדרת טיפול תרופתי נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 18-1-2015 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 לעיל.
- 1.4. **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה המבטחת בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.
- 1.5. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה, בגין תרופה והמשתנה מעת לעת, עפ"י המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.
- 1.6. **חוק ביטוח בריאות ממלכתי** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.7. **בית מרקחת** - מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב לרבות, אך לא רק רק בית מרקחת הממוקם בבית חולים וחדרי תרופות כהגדרתם בפקודת הרוקחים התשמ"א 1981 (להלן: "נותן השרות").
- 1.8. **תכשיר מזון רפואי** - תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית.
- 1.9. **ויטמינים** - תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום.
- 1.10. **IND - Investigational New Drug**
תרופה המצויה בתהליכי הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת לחולה, ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני.
- 1.11. **קנאביס רפואי** - קנאביס הניטל למטרות רפואיות, לטיפול במחלות, או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלות, אשר ניתן למבוטח אישור לשימוש בו בידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות. יובהר כי יאושר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות, ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהונפק למבוטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.

2. הכיסוי:

א. כל תרופה שאינה רשומה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג', 29 (א)(1), 29 (א)(3), 29 (א)(4) ו/או 29 (א)(10). לא תוחרג או יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.

ב. כמו כן כל תרופה הרשומה בסל שירותי הבריאות שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל התרופות כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח הדורש טיפול בתרופה זו בתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג' 29 (א)(1), 29 (א)(3), 29 (א)(4) ו/או 29 (א)(10). תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.

ג. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

תכוסה כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

- 1) פרסומי ה-FDA
- 2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- 3) US Pharmacopoeia-Drug Information
- 4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - 1) עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa
 - 2) חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B
 - 3) יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa
- 5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - 1) NCCN
 - 2) ASCO
 - 3) NICE
 - 4) ESMO Minimal Recommendation

סעיף זה נוסח באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 18-1-2015 הוראות לענין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 24 לעיל.

ד. כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות ואינן מכוסות על פי סעיפים א'-ג' לעיל

נמצא באבחון המולקולארי של הגידול ו/או בבדיקה גנטית ו/או בבדיקה גנומית כי המבוטח זקוק עפ"י המלצת הרופא המטפל לתרופה, אשר אינה מכוסה על פי סעיפים א'-ג' לעיל, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו לרכישת תרופות אלו, וזאת עד 1,000,000 ₪.

כיסוי לתרופות בהתאמה אישית:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות, ו/או בדיקות מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא על רקמה ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתה סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. מובהר כי במידה ותוצאת הבדיקה ממליצה על תרופה מסוימת לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

ה. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

ו. **תכשיר מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים** שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי ע"י רופא מומחה לטיפול במחלה של המבוטח.

ז. **טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND** יכוסה עד תקרה כוללת בגובה 1,000,000 ₪,

ח. קנאביס רפואי למחלת הסרטן

1. מקרה הביטוח בסעיף זה: רכישה בפועל של קנאביס רפואי על פי הנחיה של רופא בעל הרשאה מתאימה ו/או רופא מומחה למבוטח החולה במחלת הסרטן.

2. בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל לרכישה של קנאביס רפואי כהגדרתו לעיל על פי הנחיה של רופא מומחה לטיפול במחלת הסרטן של המבוטח ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו.

3. תגמולי הביטוח עבור רכישת הקנאביס הרפואי ישולמו בכפוף להמצאת קבלות, ובהתאם למפורט להלן:

3.1. גבול אחריות עבור סך ההוצאות בחודש קלנדרי בגין רכישת קנאביס רפואי היינו עד לסך של 1,000 ₪, ועד תקרה מירבית של 20,000 ₪ כל שנתיים, בגין כל מקרה ביטוח.

3.2. תגמולי הביטוח ישולמו לאחר ניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לחודש וזאת מסך ההוצאה באותו חודש עבור רכישת קנאביס רפואי וכן בכפוף לאמור בסעיף 2.5.3 להלן.

ט. למען הסר ספק, תרופה המופיעה בסל הבריאות וקופת החולים מסרבת לממן מכל סיבה שהיא, תוכר במסגרת ביטוח זה. סירוב הקופה היא הזכות בפוליסה, במידה וסירוב הקופה ניתן בכתב, יהיה המסמך הכתוב אסמכתא לסירוב. במידה וסירוב הקופה לא יינתן בכתב, יהווה תצהיר המבוטח אסמכתא לסירוב הקופה.

י. **תביעות** - החברה המבטחת תשלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המצטברים כמפורט להלן:

3.1. החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד העברת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור, ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה.

3.2. הוצאות מוכרות: מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד.

לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים, אך לא יחולו על התחייבות קיימת בגמר ביטוח אם המבוטח ממשיך

לקחת תרופה ולא ניצל את מלוא סכום הביטוח. למען הסר ספק, החברה המבטחת ביטוח זה חייבת לסיים את מלוא חבותה למקרה ביטוח שארע בתקופתה.

3.3. בנוסף החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות ולא רק הזרקת התרופה מתן עירוי וכדומה בסכום שלא יעלה על 5,500 ₪ לכל סדרת טיפולים.

3.4. חבות החברה המבטחת על פי פרק זה תהיה לפי התנאים להלן:

3.4.1. ההוצאות הוצאו בפועל.

3.4.2. בגין תרופות למחלת הסרטן לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.

3.4.3. בגין שאר התרופות, החברה המבטחת תשלם את ההוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 150 ₪ לחודש ולא יותר מסכום השיפוי המרבי, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, עבור כל מרשם נוסף אחר, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

3.4.4. קיבל המבוטח תרופה, המכוסה עפ"י פוליסה זו, באמצעות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בה הוא עמית, ושילם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם.

3.4.5. למען הסר ספק, סעיף 28 לפרק ההגדרות בפוליסה חל גם, אך לא רק על פרק זה.

3.4.6. מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי, אך לאחר תחילת הביטוח ובמהלך תקופת הביטוח חל שינוי במצבו הרפואי ובשל כך הוא נדרש לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.

3.5. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 3,000,000 ₪ לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ד' לעיל, סכום הביטוח יעמוד על 1,000,000 ₪. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ז' לעיל, סכום הביטוח יעמוד על 1,000,000 ₪.

סכום השיפוי בגין פרק ב' זה יהא לתקופה של שנתיים. לאחר שנתיים, סכום זה, יתחדש בגין כלל המבוטחים לשנתיים נוספות וכך כל שנתיים מחדש עד סוף תקופת ההסכם.

3.6. בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות לרבות, אך לא רק בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים -

כיסוי מלא לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה כגון, אך לא רק, בדיקות שמטרתן בין היתר:

- קביעת דרכי טיפול במחלה, תוך שימוש בכלי האבחון הבאים, כולם או מקצתם, על מנת לבדוק מה הטיפול האופטימאלי לטיפול במחלה, בפני איזה טיפול המחלה עמידה וכו'.

- סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות, אך לא רק, סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול.

- סיוע בהתאמת טיפול תרופתי מותאם אישית - סיוע בהתאמת הטיפול התרופתי לשונות הגנטית של החולה, בדיקת יעילות הטיפול התרופתי, קביעת המינון המותאם לחולה במטרה לטפל בחולה באופן מהיר ומדויק, מניעת תופעות לוואי, ו/או רעילות מהטיפול התרופתי וביצוע מעקב אחר תוצאות הטיפול התרופתי ויעילותו.

- איתור מקום הגידול.

- הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד.

- אבחון מוקדם.
- הערכת התקדמות עתידית של המחלה.
- בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.
- בדיקות גנטיות, לרבות בדיקות הנעשות על רקמה ביולוגית שמטרתן בין היתר, אך לא רק: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או מינון, סוג התרופה וכו'.
- חיזוי המחלה (רמת האגרסיביות של הגידול) - סיכוי הפשטות המחלה סיכוי הישנות המחלה.

*וכן כל הבדיקות שיורחבו בעתיד במעבדות השונות, ייכללו בכיסוי זה.

אופן התשלום בגין הבדיקות -

החברה המבטחת תשלם ישירות למעבדה או תשלם למבוטח כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.7. מובהר כי במידה ותוצאת של הבדיקה ממליצה על תרופה מסוימת לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

טיפול בטכנולוגיית CAR T - החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל וזאת עד 300,000 ש"ח.

4. הגבלות לאחריות החברה המבטחת:

4.1. החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה המבטחת לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.

4.2. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או ב-FDA או ב-EMEA - הגבוה ביניהם. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי ישולם על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה ב-FDA או ב-EMEA.

4.3. תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.

4.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

4.5. טיפול בויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות ולמעט המופיע בסעיפים 1.8, 1.9 ו-2 (ו').

4.6. תרופות ניסיוניות, למעט המופיע בסעיף 2 ג', ד', ז' לעיל.

למען הסר ספק, תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק ג'1: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה

1. הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידם:

<p>אחד מאלה</p> <p>(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים) תיקוני חקיקה 3; (להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013</p> <p>(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות אישרו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.</p>	<p>בית חולים פרטי</p>
<p>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה לאחריו;</p>	<p>התייעצות</p>
<p>טיפול רפואי המבוצע בידי נותן טיפול מחליף ניתוח כתחליף לביצוע ניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.</p>	<p>טיפול מחליף ניתוח</p>
<p>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.</p>	<p>מרפאה כירורגית פרטית</p>
<p>פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.</p>	<p>ניתוח</p>
<p>כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994.</p>	<p>קופת חולים</p>
<p>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.</p>	<p>רופא מומחה</p>
<p>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;</p>	<p>שתל</p>

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

תוכנית זו מעניקה כיסוי להוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה בלבד למעט במקרה המפורט בסעיף 4.2.1 להלן.

3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח, תשלם החברה את ההוצאות המוכרות לספק השירות בכפוף להוראות פרק זה.

השירותים הרפואיים המוכרים שיקראו להלן ההוצאות המוכרות יהיו אלה:

3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח לגביו נערכה התייעצות.

- 3.2. שכר מנתח.
- 3.3. הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז, בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.4. טיפול מחליף ניתוח. למען הסר ספק יובהר כי כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. אופן תשלום תגמולי הביטוח

- 4.1. **אופן תשלום תגמולי ביטוח עבור התייעצות עם רופא מומחה על פי סעיף 3.1 לעיל במקרה של ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל:**
בוצעה ההתייעצות ע"י רופא שבהסכם - תישא החברה בעלות ההתייעצות במלואה. בוצעה ההתייעצות ע"י נותן שירות אחר - תישא החברה בעלות ההתייעצות עד לסך של 1,500 ₪ לכל התייעצות.
- 4.2. **אופן תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה ביטוח של ניתוח המבוצע בישראל בעת מקרה של ניתוח, המכוסה על פי פוליסה זו, הכיסוי ניתן עבור שירותים רפואיים המפורטים בסעיף 3.2-3.3 לעיל, המבוצעים אצל נותני שירות שבהסכם עם החברה והתשלום עבורם ישולם ע"י החברה ישירות לנותני השירות שבהסכם. המבוטח לא זכאי לקבלת החזר הוצאות ו/או שיפוי בגין הוצאות המוכרות, למעט באחד המקרים הבאים:**
- 4.2.1. החזר הוצאות שכר רופא מנתח ששמו רשום במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח, ברשימה רופאים מומחים בתחומים ייחודיים או באזורים גאוגרפיים, שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים, כפי שאושרה ע"י משרד האוצר ומופיעה באתר האינטרנט של החברה במועד הגשת התביעה. (להלן: "רשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר").
- החזר הוצאות שכר רופא המנתח שברשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר ישולמו למבוטח עד התקרה לשכר מנתח הנקובה באתר האינטרנט של החברה, עבור אותו הניתוח.
- 4.2.2. החזר השתתפות עצמית ששילם המבוטח במסגרת תוכנית השב"ן בה הוא חבר עבור הוצאות המוכרות, בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה ובלבד שהניתוח מכוסה עפ"י תנאי פוליסה זו.
- 4.3. **אופן תשלום התביעה בקרות מקרה ביטוח של טיפול מחליף ניתוח המבוצע בישראל:**
- 4.3.1. **בוצע הטיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות שבהסכם - תישא החברה בעלות הוצאות הטיפול מחליף ניתוח במלואם.**
- 4.3.2. **בוצע הטיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות אחר - תישא החברה בעלות הוצאות הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבוטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.**

5. חריגים לאחריות המבטח:

יובהר כי חריגים אלו חלים על ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המכוסים על פי פרק זה בלבד ולא יחולו על יתר הכיסויים ו/או הפרקים שבפוליסה זו.

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

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

5.2.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

5.2.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או למבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

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

5.4. 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.

5.5. 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.

5.6. מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית.

5.7. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונאלי או זיהום רדיואקטיבי.

פרק ג'2: ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן

1. הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידיהם:

אחד מאלה	בית חולים פרטי
(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים) תיקוני חקיקה; 3 להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014 (התשע"ג-2013). (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות אישרו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.	
התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה לאחריו;	התייעצות
טיפול רפואי המבוצע בידי נותן טיפול מחליף ניתוח כתחליף לביצוע ניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.	טיפול מחליף ניתוח
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.	מרפאה כירורגית פרטית
פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.	ניתוח
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994	קופת חולים
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.	רופא מומחה
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;	שתל
תקופת אכשרה או תקופת המתנה בהתאם לתנאים כקבוע בתכנית השב"ן.	תקופת אכשרה בשב"ן
תכנית השב"ן של המבוטח עליה הצהיר המבוטח בהצעת הביטוח או לאחר מכן, בהודעה בכתב לחברה.	תכנית השב"ן

2. מקרה הביטוח:

- 2.1 מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. תוכנית זו מעניקה כיסוי להוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה בלבד למעט במקרה המפורט בסעיף 4.3.2 להלן.
- 2.2 מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח במבוטח.
- 2.3 הכיסוי הביטוחי בנוסח זה הינו רובד משלים לתוכנית השב"ן שהמבוטח חבר בה, הלוקח בחשבון את מימון השתתפות של קופת החולים בהוצאות מקרה הביטוח, בהתאם לתוכנית השב"ן בה חבר המבוטח.

- 2.4. בהתחשב עם האמור לעיל פרמיית הביטוח בגין הכיסוי הביטוחי הניתן על-פי נספח זה הנה פרמיה מופחתת מאשר הפרמיה הנגבית בכיסוי מהשקל הראשון, והכיסויים הביטוחיים ותגמולי הביטוח מוגבלים בהתאם לתנאים ולהסדרים כקבוע בנספח זה.
- 2.5. המבוטח מתחייב לפעול למימוש מלאו זכויותיו בתוכנית השב"ן בגין מקרה הביטוח וישתף פעולה עם החברה המבטחת, ככל שנדרש וכן יודיע לחברה המבטחת בהקדם וימסור לה כל החלטה של קופת החולים הרלוונטית לברור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הוצאות מקרה הביטוח.

3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח בגין הוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן ("**ההוצאות המוכרות**"), או תשלם במישרין את ההוצאות המוכרות לספק השירות, והכל עד סכום השיפוי המרבי הנקוב בסעיף 4 להלן, בכפוף להוראות נספח זה.

השירותים הרפואיים המוכרים שיקראו להלן ההוצאות המוכרות יהיו אלה:

- 3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח לגביו נערכה ההתייעצות.
- 3.2. שכר מנתח.
- 3.3. ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז, בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.4. טיפול מחליף ניתוח. למען הסר ספק יובהר כי כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. סכום הביטוח המירבי

- 4.1. המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח על-פי תוכנית זו בגין ההוצאות המוכרות רק מעבר למלאו הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על-פי תכנית השב"ן שברשותו.
- 4.2. במקרים בהם תכנית השב"ן איננה משתתפת במימון ההוצאות בשל "נסיבות אישיות", יהיה המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח רק מעבר למלאו הזכויות שהיו משולמות במקרה של מימון ההוצאות במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר. במקרה זה, למבוטח תינתן האפשרות להמציא אישורים מקופת החולים בה הוא חבר על סכום ההשתתפות לו זכאים העמיתים בתוכנית השב"ן שברשותו בגין אותו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח. אם לא יומצא לחברה ע"י המבוטח אישור כאמור, קביעת גובה סכום השתתפות כאמור, אשר רק מעבר אליה תישא החברה בתשלום תגמולי הביטוח, תהיה לפי קביעת החברה על-פי מידע שברשותה.
- "נסיבות אישיות" - נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון פיגור או אי תשלום דמי חבר לתכנית השב"ן או ביטול השב"ן)

4.3. במקרה של דחיה כללית בתכנית השב"ן וכן מקרים של מבוטח שהינו בשירות סדיר, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח בגין ההוצאות המוכרות על פי המפורט להלן:

- 4.3.1. בוצע הניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם תישא החברה בעלות ההוצאות המפורטות בסעיפים 3.2-3.4 במלואם.
- 4.3.2. בוצע ניתוח בישראל אצל נותן שירות אחר - לא זכאי המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו. על אף האמור לעיל, זכאי המבוטח להוצאות שכר רופא מנתח ששמו רשום במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח, ברשימה

רופאים מומחים בתחומים ייחודיים או באזורים גאוגרפיים, שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים, כפי שאושרה ע"י משרד האוצר ומפיעה באתר האינטרנט של החברה במועד הגשת התביעה (להלן: ("רשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר").

4.3.3. **בוצע הטיפול מחליף ניתוח בישראל אצל נותן שירות אחר** - זכאי המבוטח להוצאות הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה.

4.4. **סכום הביטוח המירבי עבור התייעצות עם רופא מומחה על פי סעיף 3.1 לעיל:**
המבוטח זכאי להחזר הוצאות התייעצות מעבר למלוא הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על-פי תכנית השב"ן שברשותו ועד לסך של 1,500 ₪ לכל התייעצות.
"דחיה כללית" לפי סעיף זה משמעותה - מצב בו תכנית השב"ן איננה משתתפת במימון הוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן.

5. חריגים לאחריות המבטח:

יובהר כי חריגים אלו חלים על ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המכוסים על פי נספח זה בלבד ולא יחולו על יתר הכיסויים ו/או הפרקים שבפוליסה זו:

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

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

5.2.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

5.2.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או למבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

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

5.4. 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.

5.5. 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.

5.6. מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית.

5.7. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונאלי או זיהום רדיואקטיבי.

6. ברות ביטוח לפוליסה מהשקל הראשון:

הסתיימה חברותו של המבוטח בתוכנית השב"ן בקופה בה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתכנית השב"ן או מבלי שהצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת, או בתקופה בה המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת) ("הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח רשאי לפנות בהודעה בכתב שתימסר לחברה המבטחת לא יאוחר מאשר עד תום 60 יום מיום הפסקת השב"ן ("תקופת הזכאות"), בבקשה לרכוש פוליסה המשווקת על ידי החברה המבטחת באותה העת, לכיסוי ניתוח בישראל ולטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המקנה כיסוי ביטוחי מהשקל הראשון (פוליסת הרצף") בתנאים הבאים:

- 6.1 דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח בפוליסת הרצף הנהוגים בחברה לכלל המבוטחים באותה עת. דמי הביטוח יקבעו על-פי גיל המבוטח במועד ההצטרפות לפוליסת הרצף.
- 6.2 רכישת פוליסת הרצף תעשה ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם של המבוטח וללא תקופת אכשרה (במידה ותקופת האכשרה על-פי נספח זה הסתיימה) לגבי הכיסויים החופפים בין נספח זה לבין פוליסת הרצף.
- 6.3 במקרה שפוליסת הרצף מקנה כיסויים נוספים שאינם חופפים לכיסויים הכלולים בנספח זה, יידרש המבוטח במועד הצטרפותו לפוליסת הרצף לחתום על הצהרה ושאלון בריאות בנוסח שיהיה מקובל בחברה באותה עת, וההצטרפות לפוליסת הרצף לגבי כיסויים נוספים אלה תבוצע רק לאחר ביצוע חיתום רפואי כנהוג בחברה לגבי כיסויים נוספים אלה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת הרצף תהיה למפרע מהמועד בו הופסקה חברותו של המבוטח בשב"ן.
- 6.4 לא מימש המבוטח את זכותו לרכישת פוליסת הרצף עד תום תקופת הזכאות, תפקע זכותו של המבוטח לרכוש את פוליסת הרצף בתנאים המפורטים בסעיף זה.

פרק ד': ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים

1. **מקרה הביטוח:** שירותים רפואיים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או יבוצעו בצורה בביצוע ו/או בנתינתם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח אשר מטרתם בין היתר, אך לא רק, אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות.

ינתנו השירותים הרפואיים הבאים הכוללים:

1.1. התייעצות עם רופא מומחה:

החברה המבטחת תשלם למבוטח 85% מההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בגין התייעצות עם רופא מומחה, אצל רופא שייבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, וזאת עד 2 התייעצויות בשנת ביטוח ועד לתקרה של 1,200 ש"ח להתייעצות.

למען הסר ספק, בנוסף לאמור לעיל תכוסה התייעצות עם גנטיקאים/ים במקרה של ביצוע בדיקה גנטית שנועדה לאבחון גנטי במבוטח עם ו/או בלי רקע משפחתי.

שירות של רוקחות קלינית שכולל ייעוץ תרופתי אישי ומבוצע ע"י רוקח, תיחשב התייעצות במסגרת סעיף זה.

1.2. בדיקות אבחנתיות:

בדיקות אבחנתיות כגון, אך לא רק: בדיקות מעבדה כגון, אך לא רק: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I), (M.R.A), (M.R.A), מיפוי איזוטופים, CT PET, EEG, EMG, CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, OCT, P.A.P., (F.M.R.I), ממוגרפיה וכל בדיקה אחרת המבוצעת בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

החברה המבטחת תשלם למבוטח 85% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 6,500 ש"ח לכל בדיקה לכל שנת ביטוח.

סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של 15,000 ש"ח.

במידה ולאור תוצאות הבדיקה קיבל המבוטח המלצה לניתוח המכוסה עפ"י פוליסה זו, תכוסה הבדיקה באופן מלא וללא השתתפות עצמית.

בדיקות דימות כגון, אך לא רק:

- CARDIAC CT סריקה של הלב בסורק חדשני 64 פרוסות, המאפשר אבחון מדויק ומהיר של הצרויות בעורקי הלב - מבלי להחדיר צנתר.
- אבולציות AF - לטיפול בהפרעות קצב.
- קולונוסקופיה וירטואלית.
- חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה - חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום לבעיה הספציפית של הפענוח.
- שירות רדיולוג פרטי - בחירת רדיולוג מומחה בתת תחום של בדיקות הדימות, פענוח הבדיקה, שיחת ייעוץ אישית במהלכה יוסברו התוצאות ושיחה של הרדיולוג עם הרופא המפנה.
- קפסולה למעינים - קפסולת וידאו לבדיקת המעינים הדקים
- Capsule Wireless Endoscopy
- C.T PET - positron emission tomography
- הדמיית בלוטות ממוחשבת לרבות, אך לא רק, מיפוי בלוטות לימפה

- תהודה מגנטית פונקציונלית - (FMRI (Functional Imaging Magnetic Resonance)
- בדיקות גסטרואנטרולוגיות לילדים בהרדמה כללית - הבדיקות כוללות בדיקות כגון, אך לא רק: בדיקות אנדוסקופיות, גסטרוסקופיה, קולונוסקופיה ופוליפקטומיות בהרדמה.
- טיפול ביוז רדיואקטיבי בין היתר לחולי סרטן בלוטת התריס - יוד רדיואקטיבי הניתן בקפסולה דרך הפה ו/או בדרכים אחרות.
- מיפוי לאבחון מחלת פרקינסון.
- גסטרוסקופיה, קולונוסקופיה, ברוכונוסקופיה (למען הסר ספק יכוסה גם במידה ובוצעה ביופסיה במהלך הבדיקה).

1.3. בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון -

מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטיניים ו/או גנים של מחלות אחרות. החברה תשלם 85% מההוצאות שנשא המבוטח בפועל ועד 7,000 ₪ ובכפוף לאמור בסעיף 38 בפרק ההגדרות לעיל.

1.4. טיפולים פיזיותרפיים / הידרותרפיים / ריפוי בעיסוק / טיפול שיקומי אחר

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי פיזיותרפיה / הידרותרפיה / ריפוי בעיסוק / טיפול שיקומי, ולא יותר מ-4,500 ₪ לכל שנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.5. **אחות פרטי** החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל להעסקת אחות/פרטית לצורך שמירה על המבוטח ללא קשר לניתוח (להלן השמירה הפרטית) עד 1,200 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימים. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. השיפוי ייעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית.

1.6. **טיפולים / ייעוצים אונקולוגיים** - החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין הוצאות בהן נשא בפועל עבור ייעוצים אונקולוגיים ו/או טיפולים אונקולוגיים כגון, אך לא רק: טיפולי רדיותרפיה, ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרו מגנטיים, וזאת עד 100,000 ₪ לכל שנת ביטוח.

1.7. טיפולי ושירותי הפריה -

(א) החברה המבטחת תשלם למבוטח/ת בגין ההוצאות בהן נשא/ה בפועל בגין טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה וכן כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת ו/או בת זוגו של המבוטח להריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת או בת זוגו של המבוטח תיכנס להריון או הריונות, ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת תחזיק הריון ו/או שמירה על ההריון ו/או הגדלת הסיכוי לעובר בריא, לרבות בדיקות PGD ועד לסך של 14,500 ₪ לכל סדרת טיפולים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

(ב) בנוסף עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו בחו"ל - השתתפות החברה המבטחת תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 22,500 ₪. המבוטחת או המבוטח עבור בת זוגו, יהיו זכאים לטיפול אחד בחו"ל (לכל אחד, במידת הצורך). ובכפוף לאמור בסעיף 38 בפרק ההגדרות לעיל. הכיסוי כולל לרבות, אך לא רק, טיפול הכולל תרומת ביציות, השתלת ביציות וכל ההוצאות הנלוות הכרוכות בתהליך זה.

(ג) מימון לשירותי פונדקאות - החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מהסכום ששולם בפועל תמורת שירותי פונדקאות עד 35,000 ₪ לכל סדרת טיפולים. יכוסו עד ארבע סדרות. ובכפוף לאמור בסעיף 38 בפרק ההגדרות לעיל.

בנוסף, המבטח ישתתף וישפה את המבטח בגין 80% מההוצאה שהוצאה בפועל עבור בדיקות הריון עפ"י סעיף 1.9 להלן וע"פ התקרות הנקובות בסעיף 1.9 להלן, אשר בוצעו באם פונדקאית.

ד) שמירת זרע ו/או שמירת ביציות לטווח ארוך - לרבות, אך לא רק, בשיטת וטרי פיקציה וזאת עד 40,000 ש ובכפוף לאמור בסעיף 38 בפרק ההגדרות לעיל.

1.8. בדיקות ושירותים לנשים בהריון:

1.8.1. החברה המבטחת תשלם תגמולי ביטוח בעבור בדיקות לנשים בהריון כגון, **אך לא רק:** בדיקה וסריקה על קולית מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבטחת (סקירה מוקדמת ו/או סקירה מאוחרת), בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או ססי שיליה, בדיקת חלבון עוברי, מוניטור בייתי לניטור היריון בסיכון גבוה, בדיקת צ'יפ גנטי, בדיקת **NIPT** (ו/או כל בדיקת דם אחרת אשר תתוסף / תחליף את בדיקת מי השפיר), בדיקת **PGD** ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההיריון.

1.8.2. השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 85% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-4,000 ש עבור כל הבדיקות יחד בכל היריון.

1.8.3. במקרה והמבטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 8,000 ש לכל היריון, ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

1.8.4. תוספת לבדיקת מי שפיר - צ'יפ גנטי. החברה המבטחת תישא בסכום ביטוח נוסף של 3,000 ש בגין סעיף זה.

1.9. ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי -

המבטחים בפוליסה יהיו זכאים לאבחון גנטי טרום לידתי ולהתייעצות עם גנטיקאי בין היתר לצורך קבלת הסברים על תוצאות הבדיקות שנעשו, כדוגמת הבדיקות המפורטות להלן.

סכום הביטוח המרבי יהיה 85% אך לא יותר מ-2,400 ש מההוצאות אשר הוצאו בפועל כיסוי זה יינתן לכל הריון.

הבדיקות הגנטיות הינן כגון, אך לא רק, בדיקות אלו:

- סיסטיק פיברוזיס (CF)
- X-שביר (Fragile-X)
- גושה (Gaucher)
- קאנוואן (Canavan)
- פנקוני אנמיה ((Fanconi Anemia
- תסמונת בלום (Bloom)
- המופיליה
- אשר (Usher)
- דיסאוטונומיה משפחתית (Familial Disautonomia)
- מוקוליפידוזיס מסוג 4 (Mucopolipidosis type 4-ML4)
- אטקסיה (Ataxia Telangiectasia A-T)
- נימן פיק (Niemann-Pick)
- חוסר אלפא 1 אנטיטריפסין ($\alpha 1$ -Antitrypsin Deficiency)
- אגירת גליקוגן (Glycogen Storage)

- חרשות (קונקסין)
- מייפל סירופ (MSUD)
- טיי זקס
- F.I.S.H. 3 כרומוזומים
- F.I.S.H. 5 כרומוזומים
- קוסטף
- Nemaline myopathy
- A1AT
- חרשות לא-סינדרומית מסוג DFNB1
- Spinal Muscular Atrophy
- GSD1
- MCN
- SMA
- תסמונת רט
- גן פרטינגטון

1.10. הפסקות הריון באמצעות גלולת מייפיגין, לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 3,700 שם (כולל עלות הוועדה) ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.11. פסיכולוגיה רפואית - שירות וליווי פסיכולוגים עבור החולים ובני משפחותיהם, שירותי אבחון וטיפול פסיכולוגי המתאמים למאפייני החולה ומלווה אותם לכל אורכו של התהליך הרפואי ולאחריו בשיתוף פעולה מלא עם הרופא המטפל. החברה המבטחת תשפה את המבוטח בסך של 500 שם ליעוץ וזאת עד 3 פגישות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.12. השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים:

החברה המבטחת תשפה את המבוטח עבור הוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין רכישת אביזר רפואי, לו נזקק המבוטח עקב מצב רפואי המצריך שימוש באותו אביזר רפואי, עפ"י הפניה מפורטת בכתב מרופא מומחה מטעם המבוטח.

כדוגמת המפורט, אך לא רק:

מערכת CPAP, מכשיר אלקטרוני ליישור הגב, מכשיר BPAP, מכשירי הנשמה, חבישות לחץ, מכשיר שמיעה, מכשיר TNS, תותב לאין אונות, פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, רצועות / מכשיר לאבדוקציה לתינוקות, משאבת אינסולין וסד גבס, חגורת בקע, חגורה מתקנת, גלוקומטר (מכשיר למדידת סוכר), מכשיר אוטומאטי / חצי אוטומאטי למדידת לחץ דם, מקלונים לבדיקת סוכר פרוטזה חיצונית לשד, תומכים ומגינים לצוואר ולכתף, גרביים אלסטיות, חגורה אורטופדית, עזרי הליכה כגון, אך לא רק: מקל הליכה, טריפוד, קוודרפוד, קביים מכל הסוגים, נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים כגון, אך לא רק: חולי סכרת הסובלים מנמק או חוסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.

משקפיים יכוסו בתנאי שמדובר במחלות: קרטקונוס, קוצר / רוחק ראייה מעל 7, קוצר/רוחק ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד), כמו כן, משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

המבוטח יהיה זכאי להחזר של 85% מהוצאותיו בפועל ועד תקרה של 10,000 שם לכל שנת ביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים.

1.13. אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקוי למידה -

ילד שהגנו מבוטח יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי ו/או מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA, BRC, MOXO ומבחנים / מבדקים עד 3 פגישות ועד לסכום בסך 2,000 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. ובכפוף לאמור בסעיף 38 בפרק ההגדרות לעיל.

1.14. טיפול בבעיות התפתחות בילדים:

החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות בילד אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה להתפתחות הילד מטעם המבוטח, אצל ילד מבוטח. במידה ורופא מומחה להתפתחות הילד אינו רלוונטי למקרה, ניתן להביא הפניה מנוירולוג מטעם המבוטח או פסיכיאטר מטעם המבוטח, לפי העניין, המחייבות טיפול ע"י אחד מאלה:

- פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג.
- המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות כאמור לעיל בשיעור של עד 75% מעלות הטיפול אך לא יותר מ-20 ש"ח לטיפול ולא יותר מ-20 טיפולים סה"כ בשנת ביטוח.

1.15. בדיקות לרפואה מונעת -

למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות העצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, עד 350 ש"ח לבדיקה, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. ובכפוף לאמור בסעיף 38 בפרק ההגדרות לעיל.

1.16. שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או

טיפול ב- amblyopia

החברה המבטחת תשתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A.) ו/או בעקבות ניתוח ו/או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה, וזאת עד 150 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.17. זריקות לצורך רפואי וכן הזרקת חומרי סיכוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה כגון:

אורטוקין, חומצה הילאורונית, וולטרן, קורטיזון, אפיידורל, בוטוקס רפואי והזרקות PRP: החברה המבטחת תשלם ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכוך לרבות למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 4,000 ש"ח לשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל בכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

1.18. שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי:

החברה המבטחת תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס ו/או היטס רפואי עבור העברתו של המבוטח לבי"ח ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח ו/או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר עפ"י החלטת הפרמדיק שנמצא באמבולנס, ללא מגבלה.

1.19. הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:

החברה המבטחת תשלם ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק גאמן למקור בגין בדיקה פתולוגית לרבות, אך לא רק, בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות, אך לא רק, בדיקות אימונוהיסטוכמיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת ע"י רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח ו/או אופי הטיפול לו הוא נדרש. כמו כן, תכוסה במלואה בדיקה פתולוגית נוספת בישראל או בחו"ל.

למען הסר ספק, סעיף זה יחול גם שלא לצורך ניתוח.

- 1.20. **הוצאות בגין טיפולים משקמים:**
 כיסוי להוצאות טיפולים פיזיותראפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום- לאחר ביצוע ניתוח, יינתן כיסוי על פי הוראת רופא מטעם המבוטח לטיפולים פיזיותראפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום עד 20 טיפולים לשנת ביטוח עד לסך 300 ₪ לטיפול.
- 1.21. **מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS:**
 מבוטח אשר חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 200,000 ₪ ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת פוליסה זו או הפוליסה הקודמת (במידה והנו מבוטח קיים).
- 1.22. **פיצוי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B:**
 מבוטח אשר, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 60,000 ₪, ובלבד שהמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת פוליסה זו או הפוליסה הקודמת (במידה והנו מבוטח קיים).
- 1.23. **שיפוי בגין הוצאות עבור ימי החלמה:**
 בכל מקרה של אירוע רפואי המחייב החלמה תשתתף החברה המבטחת בהוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לאירוע כאמור עד לסך של 800 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על שניים עשר (12) ימי החלמה, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח, בכפוף להצגת חשבוניות מקוריות או העתק נאמן למקור.
- 1.24. **פיצוי בגין מוות כתוצאה מניתוח**
 במקרה מות המבוטח במהלך ו/או כתוצאה מניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, ובתוך 7 יממות מביצוע הניתוח, תשלם החברה המבטחת סכום פיצוי חד פעמי בסך 115,000 ₪. הפיצוי ישולם למי שהמבוטח קבע ובאין קביעה כזו ליורשיו החוקיים.
- 1.25. **פיצוי בגין אשפוז כתוצאה ממחלה**
 החברה המבטחת תשלם למבוטח תשלום בסך של 850 ₪ לכל יום אשפוז כתוצאה ממחלה (לא מניתוח), החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד לסך כולל של 10 ימי אשפוז בבית חולים.
- 1.26. **טיפול ע"י מקרופאגים**
 טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת. כיסוי בעת שהייה בבי"ח ו/או בבית החלמה ו/או בבית, עד לסך של 11,500 ₪ למקרה.
- 1.27. **טיפול בתא לחץ-**
 המבטח ישתתף וישפה את המבוטח בגין טיפול בתא לחץ ובכפוף להפניה כתובה של רופא מטעם המבוטח ועד לתקרה של 20,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף לקבלות מקוריות ו/או העתק נאמן למקור.
- 1.28. **טיפולים בכאב לרבות הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא -**
 המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (ככל וקיימים) ועל תמורת טיפולים בכאב כגון הזרקות ממוקדות ואחרות כולל תחת שיקוף או CT או MRI, שימוש בקנביס רפואי אשר אושר לשימוש למבוטח על ידי משרד הבריאות וכל זאת על פי הוראת רופא מומחה מטעם המבוטח וזאת עד לסכום של 6,000 ₪ בשנת ביטוח. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. למען הסר ספק, הטיפולים אינם כוללים טיפולים מתחום הרפואה המשלימה. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח
- 1.29. **אפיון מולקולרי -**
 המבוטח יהיה זכאי לשיפוי עבור הוצאותיו בגין בדיקות גנומיות, על פי המלצת הרופא המטפל במבוטח, השיפוי בגין הבדיקות יהיה עד לסך של 50,000 ₪ לכלל הבדיקות הגנומיות לסוג גידול סרטני ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.30. בדיקת ריצוף גנטי מלא

חלה המבוטח ב-2 מחלות בעלות רקע גנטי, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוציא עבור ביצוע ריצוף גנטי מלא שלהלן באופן מלא, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%:

- א) ביצוע ריצוף גנטי מלא של כל הגנים הידועים בגנום האנושי או כל הגנום האנושי, שיומלץ ע"י גנטיקאי מטעם המבוטח ואשר נועד לבצע אבחון גנטי מלא של כל המוטציות הגנטיות או השינויים הגנטיים הקיימות והידועות בגופו של המבוטח.
- ב) ביצוע הריצוף המלא יינתן הן לאבחון המוטציות הגנטיות הקשורות במחלות הגנטיות בהן חלה המבוטח והן לאיתור כל המוטציות הגנטיות הידועות הנוספות או השינויים הגנטיים הקיימים בגופו של המבוטח.

1.31. הדפסת אברים:

המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איבר/ים להמחשה, הנדרשים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס. מבוטח ישופה כנגד חשבונית/קבלה בסך של 2000 ₪ עבור הדמיית תלת מימד, 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ו-15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח. והכל בכפוף להשתתפות עצמית של 10% ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

1.32. שימוש ברובוט לצורך רפואי:

עבר המבוטח טיפול רפואי חודרני באמצעות רובוט, ישופה על ידי המבטח כנגד חשבונית מס/קבלה בסך של 40% מעלות הטיפול שניתן למבוטח. מובהר כי טיפול ששולם במלואו במסגרת הפוליסה בפרק אחר לא יכוסה בפרק זה ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.

1.33. הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, עד סכום מרבי של 2,000 ₪ לשנת ביטוח ולא יותר מ-10,000 ₪ לסדרת הזרקות ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. מובהר טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

1.34. טיפול בגלי הלב, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (ככל וקיימים), עד סכום מרבי של 5,500 ₪ לשנת ביטוח. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה

לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

1.35. הזרקות לטיפול בהזעת יתר:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (ככל וקיימים) עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לשנת ביטוח. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל בכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבטח. מובהר טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

1.36. הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי: המבטח ישלם ישירות לספק

השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (ככל וקיימים) עד סכום מרבי של 5,000 ₪ לשנת ביטוח. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

1.37. בגין סעיפים 1.36-1.33, 1.17 ו-1.28 מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח או דרך הסעיף הרלוונטי המטיב עבור המבוטח.

1.38. למען הסר ספק, בכל סעיף בפוליסה בו קיימת זכות נוספת לכיסוי שקיים בפרק זה, הכיסוי יינתן בנוסף לכיסוי הניתן בפרק זה.

1.39. שיפוי שבין:

בחר המבוטח לקבל את השירות הרפואי או השיפוי בגינו מקופת חולים ו/או מתוכנית שבין ו/או מחברת ביטוח אחרת ו/או מפוליסה אחרת שברשותו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את גובה ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו לקופת חולים ו/או השבין ו/או חברת הביטוח האחרת ו/או הפוליסה האחרת (לפי העניין) במקרה זה, ישלים השיפוי שיינתן למבוטח ע"י החברה המבטחת עד לשיעור של 100% מההוצאה בה נשא המבוטח ועד לסכומים המרביים הנקובים בסעיפים לעיל.

1.40. הסמכות הקובעת את הזכאות בכל פרק זה, הינה רופא מטעם המבוטח.

בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק ה': חוות דעת נוספת מחו"ל ובדיקות המבוצעות בחו"ל

1. מקרה הביטוח -

מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית נוספת בכל תחום רפואי.

2. הכיסוי -

הכיסוי כולל: קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות.

3. סכום הביטוח -

3.1. השיפוי בגין חוות דעת שנייה שניתנה על ידי רופא/רופאים מחו"ל יהא 8,200 ש"ח ובהשתתפות עצמית של 20%.

3.2. כיסוי לבדיקות המבוצעות בחו"ל, הכיסוי כולל: עלות הבדיקה, עלות שליחתה לחו"ל, פיענוח הבדיקה, קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות וחוות דעת. השיפוי בגין עלות הבדיקות, עלות שליחתן לחו"ל, פיענוח הבדיקות וחוות הדעת יהא 20,000 ש"ח ובהשתתפות עצמית של 20%.

בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכלל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק ו': ייעוץ / טיפול פסיכולוגי

1. הזכאות לטיפול פסיכולוגי היא כל מצב רפואי של המבוטח המחייב שיחה טיפולית אצל פסיכולוג מוסמך ולרבות במקרים המפורטים להלן:
 - 1.1. מוות של בן משפחה מקרבה ראשונה.
 - 1.2. תאונת דרכים שהמבוטח עבר.
 - 1.3. ניתוחים גדולים שהמבוטח עבר.
 - 1.4. מחלה ממארת או מחלת לב שהמבוטח עבר.
 - 1.5. פציעה ו/או מגבלה פיזית ו/או נכות של המבוטח.
 - 1.6. פיטורים של המבוטח ממקום עבודה.
 - 1.7. גירושין בין בני הזוג (תוך 12 חודשים מהגירושין).
 - 1.8. בסעיפים 1.1-1.7 הטיפול יינתן תוך 12 חודשים מקרות האירוע.
 - 1.9. הפרעות אכילה - אנורקסיה או בולימיה.
 - 1.10. מחלות הכרוכות באשפוז בבית חולים.
 - 1.11. מחלות כרוניות, מצבים סיעודיים.
2. המבוטח יהיה זכאי לקבלת טיפול פסיכולוגי ו/או ייעוץ אצל פסיכולוג קליני או עובד סוציאלי קליני בוגר בית הספר לפסיכותרפיה בעל תעודת עיסוק כמטפל על פי דיני ישראל, באמצעות פגישות אישיות עם מטפל וזאת עד להחזר בגובה של 180 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%. הכיסוי לא כולל טיפולים לילדים לצורך עזרה בלימודים, אסטרטגיית לימוד, אבחון או טיפול בבעיות קשב וריכוז.
3. בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק ז': רפואה משלימה

1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1. "טיפול אלטרנטיבי" - טיפול במצבים בריאותיים על ידי שימוש בדוגמאות שיטות הטיפול המפורטות להלן, כגון, אך לא רק:
 - 1.2. "אקופונקטורה" - טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
 - 1.3. "הומיאופתיה" - שיטת טיפול כוללנית, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמהלו או דוללו פעמים רבות.
 - 1.4. "ביו פיזיק" - טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מיידידת של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.
 - 1.5. "כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.
 - 1.6. "טיפול לפי שיטת פלדנקרייז" - שיטת טיפולית כוללנית העושה שימוש בתנועות גוף והתעמלות ייחודית.
 - 1.7. "אוסטיאופתיה" - טיפול בהפרעות של מערכת השלד והשרירים.
 - 1.8. "רפלקסולוגיה" - שיטת טיפול ייחודית הנעשית דרך לחיצות בכפות הרגליים.
 - 1.9. "שיאצו" - שיטת טיפול ייחודית המאופיינת באמצעות לחץ בעזרת האצבעות.
 - 1.10. "היפנוזה" - טיפול בטכניקה המביאה לשינוי מבוקר בקשב.
 - 1.11. "נטורופתיה" - שיטת ריפוי אישית על בסיס טבעי.
 - 1.12. "ייעוץ דיאטטי" - התאמה אישית של תוכנית לתזונה.
 - 1.13. "שיטת טווינא" - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מסאז' רקמות עמוק.
 - 1.14. "דמיון מודרך לחולי סרטן".
 - 1.15. "שיטת פאולה" - טיפול המבוסס על הפעלת השרירים הטבעתיים.
 - 1.16. "שיטת שניידר".
 - 1.17. "שיטת אלכסנדר".
 - 1.18. "חדר מלח".
- *רשימה זו אינה רשימה סגורה, כל טיפול רלוונטי נוסף ו/או מקביל יכוסה.

2. מקרה הביטוח:

טיפול אלטרנטיבי שבוצע ו/או יבוצע ו/או שהצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח:

סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 80% מההוצאה ועד 150 ₪ לכל טיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח.
הזכאות לטיפול הינה כנגד המצאת הפניה של רופא המשפחה או רופא מומחה לקבלת הטיפול המבוקש.
בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק ח': ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה

בקרות פרוצדורה רפואית המפורטת להלן תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן:

1. הזרקות לעמוד השדרה שבוצעו אלקטיבית או במהלך אשפוז, למעט הזרקה אפידורלית במהלך לידה - עד לסך של 10,000 ₪ לכל שנת ביטוח.

2. צנתור לטיפול בהידרוצלה ו/או ווריקוצלה וניתוח להפרדת הידבקויות תוך רחמיות.

3. תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI.

בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק ט': טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. **מקרה הביטוח:** טיפול מחליף ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצועם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח. מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד בו נקבע או נוצר הצורך בנייתו.

2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל:

טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע הניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח תשפה החברה המבטחת את המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הטיפול המחליף ניתוח ולשם ביצועו בבית חולים בחו"ל או תשלמן במישרין לנותן השירות בחו"ל, והכול עד סכום השיפוי המרבי:

3.1. **שכר נותן טיפול מחליף ניתוח** - הוצאות שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.

3.2. **שכר מרדים** - הוצאות שכר המרדים.

3.3. **הוצאות חדר ניתוח / טיפול מחליף ניתוח והוצאות אשפוז** בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל.

3.4. **הוצאות אשפוז** כלליות גם בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז ו/או לצורך האשפוז, תרופות, לרבות תרופות שאינן כלולות בסל שרותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע הטיפול המחליף ניתוח, לרבות במהלך האשפוז הנלווה לביצועו, על פי קביעת המנתח ו/או רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח.

3.5. **בדיקה פתולוגית** - הוצאות בדיקה פתולוגית שנדרשה במקרה של טיפול מחליף ניתוח.

4. סכום השיפוי המרבי לטיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל:

בוצע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל במבוטח, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין ההוצאות שהוצאו על ידו בפועל בגין השירותים הרפואיים המפורטים לעיל עד לסכום הביטוח המרבי המפורט להלן:

4.1. (א) **שכר נותן טיפול מחליף ניתוח שבהסכם** - במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע על ידי החברה המבטחת, תשפה החברה המבטחת את המבוטח, באופן מלא וישיר באמצעות נותן השירות בחו"ל.

(ב) **שכר נותן טיפול מחליף ניתוח אחר (שאינו בהסכם)** - גובה השיפוי יהא עד לתקרה של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא הטיפול להחליף אם היה מבוצע בישראל, הגבוה ביניהם.

4.2. **הוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח - הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז כמפורט בסעיף 3.3 ו-3.4.**

(א) במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע על ידי החברה המבטחת, תשפה החברה המבטחת את המבוטח, באופן מלא וישיר באמצעות נותן השירות בחו"ל.

(ב) במקרה ובוצע בבית חולים אחר (שלא בהסכם) - גובה השיפוי יהא עד לתקרה של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא להחליף הטיפול אם היה מבוצע בישראל, הגבוה ביניהם.

5. תגמולי ביטוח נוספים (הוצאות בגין שירותים נוספים)

5.1. התייעצות עם רופא מומחה: הוצאות התייעצות אחת עם רופא מומחה בישראל, עד לסך של 1,200 ₪.

5.2. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל: הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח / הטיפול המחליף ניתוח בישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסך של 150,000 ₪.

6. למען הסר ספק, במידה וספק השירותים אינו מקבל כתב התחייבות או העברות בנקאיות, ישולם הסכום למבוטח טרם יציאתו מהארץ, בכפוף לקבלת המסמכים הדרושים מספק השירות. בכל מקרה תינתן אפשרות למבוטח להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכלל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי של הלקוח.

פרק י': כתב שרות - רופא מלווה אישי

השירות

רופא מלווה אישי מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למנוי המתמודד עם מצב רפואי או מחלה על פי המוגדר להלן יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו אותו ואת בני משפחתו בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות משלב האבחנה ובמשך הטיפול הרפואי וההחלמה למשך 3 חודשים וכל זאת בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות להלן.

א. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה ביצידם:

1. "החברה" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
2. "מנוי" - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
3. "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השרות ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
4. "דמי מנוי" - הסכום בגין כתב שירות זה שעל המנוי לשלם לחברה, על פי תנאי כתב שירות זה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
5. "ילד" - ילד/ה עד גיל 21 אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי.
6. "הספק" - הגוף עימו התקשרה החברה לצורך אספקת השרותים כמפורט בכתב שרות זה, אשר פרטיו מפורטים בדף פרטי הביטוח.
7. "רופא" - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.
8. "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.
9. "ממין ראשי" - אחראי על אישור זכאות המנוי לשירות, על פי מצבים רפואיים כמפורט בכתב השירות.
10. "מנהל רפואי אישי" - רופא בעל תואר מומחה ברפואה פנימית עמו התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
11. "אחות" - אחות שהוסמכה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
12. "עובד/ת סוציאלי/ת" - עו"ס שהוסמך/ה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן שירותים המפורטים בכתב שירות זה.
13. "מתאם/ת שירות" - אדם שעבר הכשרה מתאימה לתפקיד מתאם/ת שירות. מתאם/ת השירות מקיים/ת את התקשורת השוטפת עם המנוי בכל הקשור לשירות כמפורט בכתב שירות זה.
14. "מצב רפואי" - מערכת נסיבות רפואיות הקיימת בגוף המנוי, עקב מחלה או תאונה.
15. "מקרה רפואי" - מצב רפואי המתואר בכתב שירות זה אשר קיומו מקנה למנוי זכות לקבלת השירות כמתואר ומפורט בכתב שירות זה.

16. "ליווי רפואי" - בדיקת שלמות תהליך הטיפול הרפואי למנוי.
17. "אבחנה" - מסקנה סופית של רופא המתייחסת למצב רפואי מסויים, המוסקת לאחר לקיחת אנמנזה (פרטים שמוסר המנוי על מצבו הרפואי), היסטוריה רפואית, בדיקה רפואית, ובדיקות נוספות במידת הצורך.
18. "מצב רפואי כרוני" - מצב רפואי שאינו ניתן לריפוי, אשר תסמיניו מופיעים ומתפתחים על פני תקופה של 90 יום לפחות.
19. "מצב רפואי חריף" - מצב רפואי בעל תסמינים המופיעים באופן פתאומי, במהירות ובעוצמה.
20. "תקופת שירות" - על פי צורך רפואי ועד 90 יום רצופים מיום פתיחת קריאה של שירות ותשלום דמי ההשתתפות העצמית כמפורט בפרקי השירות השונים.
21. "מוקד השירות" - שירות טלפוני שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.
- מספר הטלפון של מוקד השירות של הספק עבור מנויי הראל הוא: 5226 *
22. "המועד הקובע" - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
23. "תקופת אכשרה" - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי מהמועד הקובע ותסתיים בתום 90 יום. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לכתב השירות מחדש, בתקופות בלתי רצופות. הספק לא ייספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה למעט שירותים הנדרשים עקב תאונה.
24. "השתתפות עצמית" - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו בעת קבלת שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק לפי קביעת הספק ובשום מקרה ואופן לא באמצעות החברה.
25. "מקרה רפואי דחוף" - שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי המחייב פנוי למיזן /או אישפוז.
26. "שנת ביטוח" - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח.

ב. היקף השירותים:

- שירות זה מאפשר למנוי לקבל מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, לפני ובעת טיפול רפואי והחלמה ממצב רפואי.
- השירות כולל:
1. מינוי רופא מומחה אשר ישמש כמנהל רפואי אישי. המנהל הרפואי האישי יפעיל צוות פרא-רפואי הכולל אחות ועובדת סוציאלית על פי שיקול דעתו.
 2. ריכוז וסקירת התיק הרפואי (Intake) כולל הערכה ראשונה של המקרה הרפואי על ידי המנהל הרפואי האישי.
 3. פגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי. פגישות אישיות נוספות ייקבעו בהתאם לצורך רפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות לא יעלה על 4 פגישות אלא אם קיים צורך רפואי מהותי אשר מצדיק פגישות נוספות.
 4. הפניית התיק הרפואי להתייעצות נוספת על פי צורך ובהחלטת המנהל הרפואי האישי לרופא מומחה בתחום הרלוונטי בארץ או בהעדר ידע או נסיון מספק בארץ, למומחה בתחום במדינה אחרת בעולם.
 5. מתן מידע אובייקטיבי במהלך הפגישות כאמור התומך בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות ואשר יצויין בדו"ח הרפואי המסכם כמפורט בסעיף 12 להלן.

6. המלצה לפניה לגורמים רפואיים ופרא רפואיים מתאימים להמשך ייעוץ/טיפול. יובהר כי התשלום בגין ייעוץ/טיפול שהמנוי הופנה אליו על ידי הספק כאמור לעיל, הינו על חשבון המנוי.

7. שיחות טלפוניות לתיאום עם הגורמים הרפואיים המטפלים במנוי.

8. ליווי למקרה רפואי על ידי מתאם/ת השירות ו/או הצוות הרפואי והפרא-רפואי.

9. ייעוץ למנוי במהלך אישפוז ו/או אחריו כולל ביקור באשפוז ו/או ביקור בית לאחר טיפול פולשני/ניתוח על פי צורך ובהתאם לשיקול דעתו הבלעדי של המנהל הרפואי האישי.

10. ליווי וייעוץ על ידי אחות בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם האחות לא יעלה על 4 פגישות.

11. ליווי על ידי עובדת/ת סוציאלית/ת בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם עובדת סוציאלית לא יעלה על 4 פגישות.

12. סיכום כל המסמכים הרפואיים לידי דו"ח רפואי מסכם על ידי המנהל הרפואי האישי, הכולל המלצות להמשך טיפול ומעקבים רפואיים, תוך 7 ימים ממועד סיום תקופת השירות בגין המקרה הרפואי.

13. מוקד שירות טלפוני באמצעותו תיפתח קריאת שירות למנויים ובדיקת השתייכותם לכתב השירות וכן טיפול שוטף בפניות המטופלים. המוקד יפעל 24/7 למקרים דחופים הכוללים קבלת הודעות על שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי ובכלל זה פיגוי המנוי לבית חולים ו/או אישפוז.

עבור כל מקרה רפואי לניהול יישלם המנוי השתתפות עצמית של 380 ₪. המנוי יהיה זכאי לקבל שירותים כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שתיקבע עפ"י הצורך הרפואי ושלם תעלה על 90 יום מיום אישור הזכאות על ידי הממין הראשי כמפורט בפרק ג' להלן. ניתן יהיה להאריך את תקופת השירות האמורה, באישור המנהל הרפואי האישי ובכפוף לאישור הספק במקרים בהם קיים צורך רפואי המחייב הארכה של התקופה. הארכת התקופה תחשב כארכה של אותו מקרה רפואי והמנוי יחויב בדמי השתתפות נוספים בתאום עם המנוי.

בכל מקרה, המנוי לא יהיה זכאי לקבל שירות לפי כתב שירות זה ליותר מאשר מקרה רפואי אחד במהלך שנת ביטוח. אם במהלך תקופת השירות התגלה מקרה רפואי נוסף ו/או סיבוך של המקרה הרפואי הקיים, ייחשב המקרה כמקרה רפואי אחד.

יובהר כי בכל מקרה הספק ו/או החברה אינם מחוייבים בהתאם לכתב שירות זה להעניק למנוי כל שירות רפואי בפועל או מימון של שירות רפואי כאמור, בין אם זה נדרש או הומלץ על ידי המנהל הרפואי האישי ובין אם לאו, למעט השירותים המפורטים בסעיף זה לעיל.

ג. אופן קבלת השירותים:

1. יובהר כי התנאים לקבלת השירותים הנם כי ברשות המנוי פוליסת בריאות תקפה של החברה, תמה תקופת האכשרה בכתב השירות, המנוי לא קיבל שירות בשנת הביטוח בה הוא מבקש את השירות, הספק אישר שהמקרה הרפואי נכלל בכתב שירות זה ובוצע תשלום דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי.

2. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות למוקד השירות של הספק.

3. נזקק מנוי לשירות על פי כתב שירות זה, יפנה, הוא או נציגו, טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו או ימסור את שם המנוי, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו ופרטים נוספים ככל שיתבקש.

בהתאם להנחיית נציג השירות יעביר המנוי את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה הרפואי וככל שיש כאלה כמפורט להלן: סיכומי אישפוזים, תוצאות ופיענוחים

של בדיקות, סיכומי מחלה, ייעוצים רפואיים, טיפולים, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמייה, תשובות פתולוגיות ו/או כל מסמך רפואי אחר. קבלת מסמכים אלו הנה תנאי מוקדם למתן השירות כמפורט בכתב שירות זה. כמו כן, רשאי המנהל הרפואי האישי לבקש מהמנוי מעת לעת העתקי מסמכים רפואיים נוספים.

4. הממין הראשי יבחן את המקרה הרפואי על פי כתב השירות בהסתמך על המסמכים הרפואיים שהתקבלו מהמנוי ויצווה למנוי מנהל רפואי אישי ומתאמת שירות.
5. הודעה על אישור/אי אישור הזכאות לשירות תמסר למנוי לא יאוחר מ-3 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה ע"י הספק.
6. רק לאחר אישור הזכאות לשירות, יבוצע חיוב בפועל של דמי ההשתתפות העצמית.
7. על המנוי לשלם השתתפות עצמית לצורך קבלת השירות.
8. משך השירות - בגין מקרה רפואי שאושר, יהיה זכאי המנוי לשירות כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שלא תעלה על 90 יום מיום אישור המקרה על ידי הממין הראשי. קבע המנהל הרפואי האישי כי קיים צורך רפואי להאריך את השירות לתקופה נוספת של 90 יום, יתאפשר הדבר בכפוף לאישור הספק ובתשלום נוסף וזהה של השתתפות עצמית.
9. מוקד השירות יהיה פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ערב יום הכיפורים החל מהשעה 14:00 ועד חלוף שעתיים משעת סיום צום יום הכיפורים.
10. לפגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי יגיע המנוי למקום בכוחות עצמו ועל חשבון.
11. הספק מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף ג' על תת סעיפיו לעיל.
12. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד - למעט יהודה, שומרון וחבל עזה.
13. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.

ד. זכאות לקבלת השירותים.

מנוי יהיה זכאי לקבל שירות זה באם הינו עומד באחד מהקריטריונים הבאים:

1. מקרה רפואי ללא אבחנה:

מצב רפואי ללא אבחנה, אשר תהליך הבירור והייעוץ הרפואי במטרה להגיע לאבחנה רפואית החל לפחות 90 יום לפני הפנייה לשירות. על תהליך הבירור לכלול ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית ולפחות בדיקה אחת רלוונטית מתוך הרשימה להלן: בדיקת הדמייה (בדיקות כגון MRI, CT וכדומה ולא רק צילום רנטגן רגיל), ו/או בדיקות פולשניות, ו/או בדיקות מעבדה מורכבות (לא כולל בדיקת דם, צואה ושתי שוגרתיות) ו/או בדיקות עזר נוספות. מצבים רפואיים ללא אבחנה אשר תסמיני המחלה אינם ספציפיים (דוגמת עייפות וכאבי שרירים כלליים) וסימני המחלה אינם בידי ביטוי בבדיקות הדם ו/או בבדיקות הדמייה ולאחר שהספק ויודא שהמנוי ביצע את כל הבדיקות שהיה צריך לבצע בנסיבות המצב הרפואי, לא יטופלו במסגרת כתב שירות זה.

למען הסר ספק יובהר כי במקרה זה החברה ו/או הספק אינם מתחייבים להגיע בסופו של התהליך לאבחנה רפואית ברורה או סופית.

2. מקרה רפואי עם אבחנה באחת מן הקטגוריות הרפואיות הבאות:
 המנוי יהיה זכאי לקבל שירות אם מצבו הרפואי עונה על המצבים הרפואיים שלהלן
 ועל פי התנאים המוקדמים המצויינים לצד אותה מחלה, אם צויינו:
- 2.1.1 סרטן (Cancer)-
- 2.1.1.1 נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה ו/או לרקמות אחרות.
- 2.1.1.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:
- א. מחלות עור מסוג: Basal Cell Carcinoma, Hyperkeratosis למעט BCC חוזר או התפשט לאיברים אחרים.
- ב. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת AIDS.
- 2.2 מחלות כבד חריפות או כרוניות-
- 2.2.1 קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על הכבד וגורמים לפגיעה בו ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה או התפקוד). מחלת כבד אשר בגינה יינתן שירות במסגרת כתב שירות זה יכולה להיות בעלת אופי חריף או כרוני.
- 2.2.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:
- א. מחלת כבד כתוצאה מאלכוהוליזם
- ב. אי ספיקת כבד פולמינגנטית (Fulminant Hepatic Failure) שמשמעותה אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או התלקחות של מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי הכבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות והמאופיינות על ידי כל הסימנים הבאים: הקטנה של נפח הכבד, נמק ממושט בכבד, המותיר רק שת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה, ירידה חדשה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 1 ו-7, צהבת - מעמיקה, אנצפלופטיה כבדית, דמום בלתי נשלט.
- 2.3 מחלות כליות-
- קבוצה של מצבי תחלואה שונים אשר משפיעים על הכליה וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה או התפקוד). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת כליות בעלת אופי כרוני בלבד.
- 2.4 מחלות גסטרו-אנטרולוגיות כרוניות-
- קבוצת מצבי תחלואה כרוניים המשפיעים על התפקוד של מערכת העיכול. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות לתחלואה המערבת את הקיבה, המעי והאיברים הנלווים כולל וושט, כבד, כיס מרה ולבלב, מחלה גסטרו-אנטרולוגית אשר הינה בעלת אופי כרוני בלבד.
- על תהליך הביורור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.
- 2.5 מחלות לב ומחלות ווסקולאריות כרוניות-
- מחלות לב וכלי דם כרוניות הפוגעות במערכת הלב (מחלות לב, מחלות לב כליליות), כלי הדם, כולל עורקים, ורידים וכלים לימפאטיים. המנוי יהיה זכאי לשירות כמפורט בכתב שירות זה לאחר בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

מנוי המועמד לניתוח לב אלקטיבי הכולל ניתוח מעקפי לב (CABG), לניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב - (Surgery for Valve Replacement or Repair) ו/או לניתוח אבי העורקים ו/או צינתור לב יהיה זכאי לשירות כמפורט בכתב שירות זה ללא תנאי מוקדם להתייעצות אצל שני רופאים מומחים כאמור לעיל. מחלות נוירולוגיות ופרוצדורות פולשניות של מערכת העצבים המרכזית וההיקפית- 2.6

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת העצבים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה, ההולכה החשמלית או התפקוד). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה נוירולוגית בעלת אופי חריף או כרוני ובתנאי שהנה בעלת אופי הפוגע בתפקוד בדרגה בינונית וחמורה לפי 2 NRC ומעלה או 3 EDSS ומעלה במקרה של טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis).

הפרוצדורות הפולשניות בהגדרה זו כוללות:

א. ניתוחי עמוד שדרה כולל טיפול בגידולים של חוט השדרה, פריצות דיסק בעמוד השדרה, ייצוב עמוד שדרה וטיפול בהצרויות בעמוד שדרה.

ב. רדיוכירורגיה: טיפול בגידולי מוח תוך קרינה ממוקדת.

ג. ניתוחי היפופיזה.

ד. ניתוחי מוח שפירים וניתוחי בסיס הגולגולת.

ה. טיפולים במומי כלי דם ומפרצות מוחיות, טיפולים כירורגיים, טיפולים אנדווסקולאריים, צנתורי מוח.

ו. ניתוחי אפילפסיה.

ז. נוירוכירורגיה אנדוסקופיה.

ח. ניתוחים לטיפול בפגיעות ראש ועמוד שדרה.

מחלות אורתופדיות- 2.7

2.7.1 קבוצה של מחלות שונות או פגיעות בעצמות, במפרקים, בשרירים ו/או בגידים אשר גורמות לכאב שלא נשלט ע"י טיפול תרופתי ופיזיותרפיה. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

2.7.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות אורתופדיות שהמנוי נמצא בטיפול באישפוז ביגין פחות מ-21 יום, במועד הפנייה לשירות.

ב. מצבים רפואיים בתחום האורתופדיה אשר הינם פועל יוצא מחבלה או טראומה וטרם עברו בעת הפניה לשירות לפחות 90 יום מהחבלה ו/או הטראומה.

2.8 ניתוחים כירורגיים (פולשניים) חוזרים עקב אי הצלחה בניתוח ראשון-

פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) חוזרת, עקב כישלון מלא או חלקי של הפעולה הראשונה, החוזרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון של פגם או עיוות אצל המנוי.

2.9. מחלות דם (מחלות המטולוגיות) -

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על רמות ומרכיבי הדם השונים (התאי וההומורלי) וגורמים לפגיעה בצורות שונות. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת דם בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

2.10. מחלות ראומטולוגיות -

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת הפרקים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (פרק, מפרק או תפקוד). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה ראומטולוגית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

2.11. מחלות מטבוליות -

קבוצה של מצבי תחלואה שונים, תורשתיים וכרוניים, הנובעים מפגיעה בגן הבודד או במספר גנים קטן (Inborn Error of Metabolism) והגורמים לפגיעה ביכולת האנרגטית, או ביכולת הבניה ו/או הפירוק של אבני הבניין של התא, או פגיעה מיטוכונדריאלית.

2.12. מחלות אנדוקריניות -

2.12.1. קבוצת מצבי תחלואה שונים המערבים איברים ובלוטות אשר אחראיים על ייצור, אגירה והפרשה של הורמונים המסייעים בשימור ושליטה על תפקודים חיוניים. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה אנדוקרינית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

2.12.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. סוכרת.

ב. קומה נמוכה.

ג. מחלות אנדוקריניות המשפיעות על הפוריות בלבד.

2.13. מחלות ופרוצדורות פולשניות באף, אוזן וגרון (א.א.ג.) -

2.13.1. קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים וגורמים לפגיעה ברמות השונות של חלל האף והסינוסים, האוזניים, הפה, הלוע והגרון, אזורי ראש צוואר ובסיס הגולגולת.

ניתוחים ופרוצדורות להסרת גידולים שפירים וממאירים באזורי בסיס הגולגולת, הראש, הצוואר וקנה הנשימה, ניתוחים שחזוריים שאינם למטרות יופי ואסתטיקה, ניתוחי אוזניים, ניתוחי שחזור שמיעה, ניתוחים אנדוסקופים של האף ומערות הפנים, ניתוחים אנדוסקופים של הושט העליון, ניתוחי מיתרי קול ושחזור הדיבור.

מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. ניתוחי כפתורים באזניים.

ב. ניתוחי נחירות.

ג. ניתוחים למטרות יופי ואסתטיקה.

2.14. מחלות עור-

2.14.1. קבוצה של מצבי תחלואה הפוגעים בעור. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת עור בעלת אופי כרוני בלבד. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית. כמו כן, על תהליך הבירור, הייעוץ והטיפול הרפואי להתחיל לפחות 9 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.14.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. אקנה.

ב. פטרת עורית (חיצונית).

ג. נשירת שיער.

ד. מחלות מין.

2.15. מחלות בתחום הגניקולוגיה והמיילדות-

2.15.1. קבוצת מצבי תחלואה בתחום בריאות האישה המערבות את מערכת המין הנשית. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מקרה של מחלה גניקולוגית בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית. על תהליך הבירור והייעוץ הרפואי להתחיל לפחות 6 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.15.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

בעיות פוריות ועקרות של הגבר והאישה למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.

2.16. מחלות אימונולוגיות-

קבוצה של מצבים ומחלות כרוניות הפוגעות במערכת החיסון שעיקרן חסרים אימוניים (נרכשים או מולדים) ומחלות אוטו-אימוניות.

2.17. מחלות ריאה-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים הגורמים לפגיעה בריאה בצורות שונות ומשפיעים על תפקודי הריאה השונים (נפחים, זרימות ואחרים). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלת ריאה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.18. מחלות זיהומיות-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים הנגרמים על ידי גורמי מחלה (פתוגנים) שונים (וירוסים, חיידקים, טפילים ואחרים) בעלי מהלך ממושך של 21 יום לפחות (מתחילת הבירור של המחלה). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלה זיהומית בעלת אופי חריף או כרוני. מקרה רפואי יכלול מחלה זיהומית בעלת מהלך של 21 יום לפחות ו/או סיבוך של מחלה זיהומית קיימת/קודמת.

2.19. מחלות עיניים-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המצריכים פרוצדורות ניתוחיות חוזרות הגורמים לפגיעה במרכזי העין השונים (כגון רשתית) ומשפיעים על תפקודי הראייה השונים (למשל, חדות וחדות ראייה). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלות עיניים בעלות אופי חריף או כרוני. על תהליך הביורור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.20. מחלות יתומות-

מחלות נדירות, המשפיעות על אחוז קטן מאוד מהאוכלוסיה ואשר אושרו על ידי ארגון הריאות העולמי כמחלות יתומות (Orphan Diseases).

2.21. תחלואה משולבת-

תחלואה הנובעת משילוב של מספר מחלות אשר הטיפול בהן דורש גישה רב-תחומית (מולטידיסציפלינרית) עם תיאום בין לפחות שני רופאים מומחים בתחומי התמחות שונים.

2.22. מחלות ופרוצדורות בתחום רפואת הילדים-

2.22.1. בנוסף לכל האמור לעיל בקטגוריות הרפואיות השונות, בתחום של רפואת ילדים מקרה רפואי יכלול בנוסף את המצבים הרפואיים הבאים:

א. ניתוחים אלקטיביים. ניתוח אלקטיבי משמעותו שהצורך בו צפוי, ואשר קבלתו של המנוי לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח לא נעשה באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא בהפנייה על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

ב. מחלות כרוניות בילדים.

ג. מחלות על רקע גנטי.

ד. מומים מולדים.

ה. מחלות/אבחנות פסיכיאטריות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי בירור וטיפול וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.

ו. הפרעות התפתחות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי בירור וטיפול במכון להתפתחות הילד וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.

ז. בעיה רפואית במסגרת אישפוז של למעלה מ-21 ימים רציפים לכל מקרה רפואי.

ח. בעיה רפואית הנובעת מסיבוך של ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אישפוז.

ט. אטופיק דרמטיטיס בדרגה בינונית ומעלה.

2.22.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות ריאה ילדים:

אסטמה, אלא אם מדובר במהלך מחלה לאחר ייעוץ על ידי שני רופאים מומחים למחלות ריאה לילדים, ללא איזון המחלה.

ב. מחלות גסטרואנטרולוגיות ילדים: מחלת כשל בשגשוג הילד (failure to thrive), הפרעות אכילה (דוגמת בולמיה, אנורקסיה).

ג. הפרעות קשב וריכוז.

ד. ניתוח כפתורים באזניים.

ה. ניתוחי בקע - Hernia.

ו. כל המקרים הרפואיים בפגים במהלך אישפוז ו/או ובמהלך 6 החודשים הראשונים לחייהם, הארוך מבין השניים.

2.23. מקרה רפואי באישפוז של יותר מ-21 ימים רציפים.

2.23.1. מצבים רפואיים במסגרת אישפוז של 21 ימים רציפים לפחות בהם אין אבחנה ברורה ו/או קיימת מחלוקת בשיטת הטיפול (שמרני/ ניתוחי או אחר).

2.23.2. מקרה רפואי אינו כולל כל אחד מאלה:

מצבים רפואיים אשר בעת הפנייה לשירות המנוי הינו מאושפז במצב סיעודי ו/או סופני.

2.24. בעיה רפואית הנובעת מסיבוך של ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אשפוז.

2.25. חריגים כלליים:

הספק לא יהיה חייב במתן שירות על פי כתב שירות זה במצבים הרפואיים הבאים:

2.25.1. השתלת איברים בישראל או בחו"ל.

2.25.2. מצבים רפואיים ו/או פרוצדורות הקשורות בפוריות ו/או עקרות למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.

2.25.3. מחלות פסיכיאטריות במבוגרים ו/או מחלות נפש.

2.25.4. מצבים הקשורים באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה השמנת יתר, למעט ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד.

2.25.5. מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים ופה ולסת.

2.25.6. טיפול תרופתי מניעתי של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש. (Aids)

2.25.7. מחלת פיברומיאלגיה.

2.25.8. מחלת נזירופתיות.

2.25.9. תסמונת עייפות כרונית.

2.25.10. עיוורון מוחלט ובלתי הפיך.

2.25.11. שבץ מוחי (cva).

2.25.12. ורידים ודליות ברגליים.

2.25.13. כוויות קשות כשהמנוי נמצא באשפוז במסגרת מוסד רפואי.

2.25.14. אלרגיות.

2.25.15. חולים הנמצאים במהלך אשפוז של פחות מ-21 ימים רציפים.

2.25.16. כל מחלה שאינה מפורטת ברשימת המחלות שפורטו בסעיף ד' לעיל.

ה. הגבלה

החברה לא תהיה אחראית בגין הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.

ו. תוקפו של כתב השירות

1. לעניין תוקפו של כתב השירות יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל את כתב השירות אם יוחלט על ידיה לבטלו או לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור המפקח על ביטוח. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 60 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.
2. מובהר כי המנוי זכאי לבטל את הכתב השירות בכל עת. הביטול יהיה בתוקף ממועד קבלת הודעת המבוטח בחברה.
3. בנוסף לאמור בתנאים הכלליים של הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה, תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
 - 3.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא.
4. במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר למתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מחוייב הספק להשלים מתן שירותים נשוא כתב שירות זה, למנויים אשר נמצאים במהלך תקופת השירות ולא יותר משלושה חודשי שירות כולל תקופת ההודעה מראש למנויים על הפסקת השירות.
5. מובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים נשואי כתב שירות זה. מנוי שהתחיל בקבלת שירות נשואי כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלים, תפקע זכותו לאחר סיום השלמת השרות.

ז. הצמדה למדד - כמפורט בפוליסה.

ח. שונות

1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
2. הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטחת, ייחשבו כהודעות שנמסרו למנויים.
3. המנוי והחברה מתחייבים להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם.
4. רופא מלווה אישי מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למנוי המתמודד עם מצב רפואי או מחלה על פי המוגדר להלן יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו אותו ואת בני משפחתו בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות משלב האבחנה ובמשך הטיפול הרפואי וההחלמה למשך 3 חודשים וכל זאת בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות להלן.

פרק יא': הרחבה וולונטרית מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים

פרק זה כולל כסוי ביטוחי למחלות קשות או אירועים חמורים, לפי קבוצת מחלות - כמו כן פרק זה מאפשר להמשיך את התנאים גם למקרי ביטוח נוספים מקבוצות ביטוח נוספות, קרי - במיצוי קבוצה ראשונה עומדת זכות נוספת בשאר הקבוצות. לאחר מיצוי באחת הקבוצות פג התוקף של כסויי אותה הקבוצה.

סכום הביטוח לכל אחת מהקבוצות הינו במנות של 50,000 ש"ח עפ"י סכום הביטוח שנרכש ע"י המבוטח.

1. מקרה הביטוח -

המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח על פי פרק זה, בעת גילוי אחת המחלות ו/או קרות אירועים רפואיים חמורים/כמפורט להלן ומזכה את המבוטח בסכום הביטוח ובכפוף לאמור להלן.

- למען הסר ספק, הסמכות שקובעת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

1.1 קבוצה ראשונה

1.1.1 אי ספיקת כליות סופנית - (END STAGE RENAL FAILURE)

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

1.1.2 אי ספיקת כבד פולמיננטית -

(FULMINANT HEPATIC FAILURE)

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי הכבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות והמאופיינות על ידי חלק מהסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה של נפח הכבד.
2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה.
3. ירידה חדה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7.
4. צהבת, מעמיקה.

1.1.3 מחלת כבד סופנית (שחמת) - (CIRRHOSIS) (TERMINAL LIVER DISEASE)

מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

1. צהבת.
2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות.
3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית.
4. אנצפלופתיה כבדית.
5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת על ידי בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי או היפרספליניזם.

1.1.4 השתלת אברים -

(ORGAN TRANSPLANTATION) לב, ריאה, לב-ריאות, אונת ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, כבד, אונת כבד, מוח עצמות, שחלה ומעי.

קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי או השתלה עצמית, עקב הפסקת תיפקודו של אותו איבר.

- 1.1.5 **טרשת נפוצה -** (MULTIPLE SCLEROSIS)
 דמיאליניזציה במוח או בחוט השדרה, האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית לאירוע בודד של דמיאליניזציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), והוכחה בבדיקת MRI לפגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי ניורולוג מומחה מטעם המבוטח.
- 1.1.6 **תשישות נפש -**
 פגיעה בפעילות הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן על פי קביעת רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח, שסיבתה במצב בריאותי כגון, אך לא רק: אלצהיימר ו/או בצורות סניליות ו/או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
- 1.1.7 **פרקינסון -**
 האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י ניורולוג מומחה מטעם המבוטח, כמחלת פרקינסון.
- 1.1.8 **עמילואידוזיס ראשונית -** (PRIMARY AMYLOIDOSIS)
 מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון, אך לא רק: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה מטעם המבוטח.
- 1.1.9 **תרדמת (COMA)**
 מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק ניורולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
- 1.1.10 **ניוון שרירים מסוג ALS** (AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS)
 עדות לפגיעה משולבת בנירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים.
 האבחנה תקבע על ידי ניורולוג מומחה מטעם המבוטח.
- 1.1.11 **פגיעה מוחית (BRAIN DAMAGE)**
 פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר גרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא ניורולוג מומחה מטעם המבוטח בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות (GLAZGO COMA SCALE).
- 1.1.12 **דלקת מוח (ENCEPHALITIS)**
 דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת ניורולוג מומחה מטעם המבוטח, יותירו נזק ניורולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך.

1.1.13 **דלקת חיידקית של קרום המוח -**
(BACTERIAL MENINGITIS)

דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נירולוג מומחה מטעם המבוטח, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך.

1.1.14 **מחלת ריאות כרונית חסימתית**
(CHRONIC LUNG DISEASE)

מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע, על ידי שני הקריטריונים הבאים:

1. נפח 1FEV של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.
2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

1.1.15 **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני -** (PRIMARY PULMONARY HYPERTENSION)

עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימוית הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

1.1.16 **צפדת (טטנוס) -** (TETANUS)

מחלה הנגרמת על ידי חיידק CLOSTRIDIUM TETANY, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.

1.2 **קבוצה שניה**

1.2.1 **התקף לב חריף / אוטם חריף בשריר הלב -**
(ACUTE CORONARY SYNDROME)

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיותך ע"י אחד מתוך ארבעת הקריטריונים הבאים:

1. כאבי חזה אופייניים.
2. שינויים חדשים ב-א.ק.ג. האופניים לאוטם.
3. עליה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים.
4. אבחנה של אוטם חריף בשריר הלב תיתמך בבדיקות הביוכימיות המבוצעות בבתי החולים או בעליה ברמת הטרופון מעל ערכי התקן של המעבדה בה נעשתה הבדיקה או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות.

1.2.2 **ניתוח מעקפי לב (CABG)**

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

1.2.3 **ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב- (SURGERY FOR VALVE REPLACEMENT OR REPAIR)**

ניתוח לב פתוח ו/או תיקון מסתמי לב בפרוצדורה אחרת לשם תיקון או החלפה של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

- 1.2.4 **ניתוח אבי העורקים (AORTA)**
 ניתוח ו/או פרוצדורה של בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.
- 1.2.5 **שבץ מוחי (CVA)**
 כל ארוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה מטעם המבוטח.
- 1.2.6 **קרדיومیופטיה (cardiomyopathy)**
 מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.
- 1.3 **קבוצה שלישית**
- 1.3.1 **סרטן (CANCER) -**
 נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר.
 מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.
מקרה הביטוח אינו כולל:
1. מחלות עור מסוג: BASAL CELL CARCINOMA ו-HYPERKERATOSIS
 2. מחלות עור מסוג: SQUAMOUS CELL CARCINOMA, אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
 3. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS.
- 1.3.2 **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)**
 נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבוטח, שנגרמה לאחר תחילת הביטוח.
- 1.3.3 **אנמיה אפלסטית מסוג SEVERE AA (APLASTIC ANEMIA SEVERE AA)**
 כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
1. עירוי מוצרי דם.
 2. מתן חומרים/תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם.
 3. מתן חומרים/תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים).
 4. השתלת מוח עצם.
- 1.3.4 **גידול שפיר של המוח - (BENIGN BRAIN TUMOR)**
 תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת MRI או CT.
- 1.4 **קבוצה רביעית**
- 1.4.1 **שיתוק (פרפלגיה קוודריפלגיה) - (PARALYSIS)**
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

- 1.4.2 **פוליו (שיתוק ילדים) - (POLIOMYELITIS)** .1.4.2
 שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 1.4.3 **איבוד גפיים (LOSS OF LIMBS)** .1.4.3
 איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.
- 1.4.4 **עיוורון (BLINDNESS)** .1.4.4
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה מטעם המבוטח.
- 1.4.5 **כוויות קשות (SEVERE BURNS)** .1.4.5
 כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 1.4.6 **אילמות, אובדן דיבור - (LOSS OF SPEECH)** .1.4.6
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- 1.4.7 **חירשות (DEAFNESS)** .1.4.7
 אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה מטעם המבוטח ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

נספח ב' - השירותים (SLA)

א) תוך 30 יום מיום חתימת הפוליסה מתחייבת החברה המבטחת להפיץ לכל המבוטחים חוברות פוליסות, לרבות צירוף טפסי הצטרפות לבני המשפחה בתוספת דברי הסבר על עיקרי הפוליסה והשירותים עפ"י תקנות גילוי נאות, דפי מידע לעובד ולבני משפחתו, אשר מפרטים את תנאי הפוליסה החדשה, הטיפולים שמכוסים ופירוט על הליך כניסת בני משפחה לביטוח. החברה המבטחת תנפיק חוברת מידע וכן תספק תרגום לכל החומרים שפורטו לעיל. החברה המבטחת תישא במלוא עלויות הפקת החוברות לרבות הפצה ודיוור החוברות. במידה ויחולו שינויים בפוליסה במהלך תקופת הביטוח, תשלח החברה המבטחת חוברות חדשות לכל המבוטחים ותישא בעלויות כאמור לעיל.

1. טרם הפצת דפי המידע והחוברת הנ"ל על החברה המבטחת לקבל את אישור "בעל הפוליסה" לגבי נוסח הדברים.
 2. החברה המבטחת תקים מוקד ספציפי וייעודי שלא יחובר לנתב הכללי של החברה ותקצה קו ייעודי חנים שמספרו 1-800-200-211 ו-2 נציגי שירות ייעודיים, ספציפיים, קבועים ומקצועיים אשר יענו: "עיריית ת"א לבריאות שלום", יטפל בלעדית במבוטחי "בעל הפוליסה" וייתנו מענה לכל פניה של המבוטחים (להלן: "מוקד עיריית ת"א יפו"). מוקד עיריית ת"א יפו יפעל 24 שעות ביממה. מוקד עיריית ת"א מתחייב לתת מענה מהיר במיוחד לפניות המבוטחים ולדאוג שזמני ההמתנה יהיו קצרים והכול בכפוף לסעיף 5 להלן. החברה המבטחת תקצה נציג מצוות תביעות, אשר יהיה זמין לקבל את פניותיהם הדחופות של צוות "מוקד עיריית ת"א" וכן של נציגי העובדים.
 3. החברה המבטחת תשלח נציג להרצאות בנושא עפ"י החלטת בעל הפוליסה.
 4. החברה המבטחת תדאג לשני נציגים ייעודיים וקבועים בעלי סמכות לביצוע לרבות, אך לא רק לאישור תשלומי תביעות, שישהו פעמיים בשבוע למשך 5 שעות כל פעם, במועד קבוע ובתיאום מראש עם בעל הפוליסה, בימים אלה התקיים קבלת קהל ופגישות בין נציגים אלו לבין המבוטחים, לטיפול שוטף בענייניהם של המבוטחים, לטיפול ויישוב תביעות ו/או כל עניין אחר. בנוסף תתאפשר מסירה וקבלת חומר בפגישות השבועיות במשרדי הארגון למי מהמבוטחים שיחפוץ בכך.
- החברה המבטחת תעמיד מיזמתה ועל חשבונה את כל הציוד והמידע הנדרש לביצוע פעולות אלה במשרדים שיוקצו ומסוף המחשב יהיה מחובר קוויית למחשביה. המסוף יאפשר צגת מידע רפואי והדפסה מיידית של כל מידע רלוונטי. כאמור לעיל הציוד, לצורך כל המופיע לעיל, התקנתו ואחזקתו יהיו ע"ח החברה המבטחת.
- כל מה שיבוצע על מסוף זה ויש צורך כי ישלח גם למבוטחים לרבות העתקים, יועברו בנוהל רגיל למבוטחים.
5. בנוסף, על החברה המבטחת לדאוג ולהעסיק עובדים מקצועיים ומיומנים על חשבונה שיטפלו אך ורק בחומר שמתקבל ממבוטחי "בעל הפוליסה". למען הסר ספק, על העובד לדאוג לטפל בכל התביעות לתשלום שמתקבלות מהמבוטחים. על העובדים להקפיד לעמוד בזמני תשלומי התביעות ומתן תשובות לשאלות, כפי שמפורט בפוליסה ובנספח זה. כמו כן, עובדים אלו ייפגשו עם מבוטחי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, במשרדי החברה המבטחת, באופן שוטף ורצוף, ובתיאום מראש, בכל בקשה של המבוטחים ובני משפחותיהם, לרבות השירותים להם זכאים מכורח ההסכם, הפוליסה ונספח זה (SLA).
 6. החברה המבטחת תאפשר ותפתח את כל השירותים הדיגיטליים עבור בעל הפוליסה והמבוטחים, וזאת בין היתר לצורך הגשת תביעות דרך המייל, באתר החברה ובאפליקציה.

ב) דרישות טכניות - תנאי סף

1. מערכת CRM לניהול מוקד.
2. מערכת הקלטת שיחות.
3. תוכנת ניהול מידע הכוללת את כל המידע הנדרש בהקשר לזכויות המגיעות בכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הביטוחים המשלימים של קופות החולים ופוליסות הפרטיות שבשוק.
4. מחלקת back office לניהול מערך סילוק התביעות וניהול התביעות מול חוק בריאות ממלכתי, הביטוחים המשלימים של קופות החולים וחברות הביטוח.

ג) השירותים הנדרשים במסגרת המערך למתן מידע ומימוש זכויות - תנאי סף

1. מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי כיסויים הקיימים במסגרת קופת החולים בה חבר המבוטח בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
2. מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) בה מבוטח העובד בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
3. מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים בפוליסה בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח.
4. מתן מידע והכוונה מעשית בפועל לגבי הדרך הנכונה והיעילה לניצול נכון ומרבי של הכיסויים בהסתמך על הביטוחים והכיסויים שברשות המבוטח.
5. מתן מידע כללי (לא הנחיות לטיפול אלא הסברים ומידע בלבד) בכל הקשור למחלות, תרופות ובדיקות אשר ניתנו למבוטח על ידי רופא אשר אצלו ביקר.
6. מידע שוטף ומתן הנחיות לגבי הכנות שקיבל המבוטח לבצע לקראת ביצוע בדיקות או צילומים אשר עליו לעבור לרבות מתן הסבר ע"י רופא המוקד.
7. איסוף מידע אינטרנטי לגבי מחלות, תרופות ודרכי טיפול והעברת זה לידי המבוטח ללא נקיטת עמדה רפואית / מקצועית.
8. מתן מידע שוטף לגבי תרופות, תופעות לוואי, התוויות נגד וכדומה לרבות מתן הסבר ע"י רופא המוקד.
9. מתן מידע בנוגע להגשת חומר לביטוח הלאומי לצורך הכרה באחוזי נכות.
10. מתן מידע בנוגע להגשת תביעה למס הכנסה לצורך קבלת זיכוי מס על רקע המחלה או הניתוח.
11. "מוקד עיריית ת"א יפו" יסייע למבוטחים במילוי טפסים, לרבות טפסי התביעה ובתרגום המונחים, לרבות המונחים הרפואיים וכן תעמיד לצורך זה כוח אדם מתאים במשרדה. כמו כן, תספק החברה המבטחת לבעל הפוליסה תרגום של השאלות המופיעות בטפסים השונים, לרבות טפסי התביעות לנוחיות המבוטחים, תרגום שיסופק ע"י החברה המבטחת למבוטחים.
12. החברה המבטחת ומוקד עיריית ת"א יפו יסייעו לבעל הפוליסה, למבוטחים ולנציגי בעל הפוליסה בכל הליך פרוצדוראלי, הסבר, תרגום טופס, הבהרות וכיו"ב בכל עניין הקשור בזכויות המבוטחים עפ"י הפוליסה וההסכם.
13. התחייבות החברה המבטחת ומוקד עיריית ת"א יפו לסיוע עפ"י הסכם ופוליסה אלו, הם חלק בלתי נפרד מתנאי ההסכם ומקבל הסיוע לא יחויב בכל תשלום בגין הסיוע הנ"ל.
14. החברה המבטחת תעמיד לרשות בעל הפוליסה את האמצעים לשם שיווק תנאי הפוליסה והשירות הניתן לה, ובכלל זה תפיק או תממן, עפ"י דרישת בעל הפוליסה אתר אינטרנט ו/או פעילות הסברתית אחרת.
15. סיוע רפואי מידי במקרה חירום.
16. מוקד השירות יהיה מאויש ע"י רופא ואנשי מקצוע במשך 6 ימים בשבוע בין השעות 8:00 עד 20:00.

ד) השירותים הנדרשים במסגרת מערך ניהול הפוליסה - תנאי סף

1. הפקת פוליסות בתחילת הביטוח יעשו על ידי חברת הביטוח.
2. הפקת אישורי ביטוח שהמבוטח עשוי להזדקק להם.
3. שינוי כתובת מבוטח.
4. עדכון פרטי הגביה או אופן הגביה של המבוטח.
5. טיפול ובירור בבעיות גביה ותשלומים.
6. עדכון מספר המבוטחים בפוליסה (במקרה של הולדת ילד פטירה חו"ח וכו').

ה) השירותים הנדרשים במסגרת המערך לסילוק תביעות יעיל - תנאי סף

1. מוקד עיריית ת"א יפו יקבל את מסמכי התביעה הנדרשים לסילוק התביעה ויאשר למבוטח את קבלתם בדואר בפקס או באי מייל כפי שסוכם בין המבוטח ל"מוקד עיריית ת"א יפו".
2. מוקד עיריית ת"א יפו יבחן את החומר הרפואי על פי הנחיות חברת הביטוח ותנאי הפוליסה. "מוקד עיריית ת"א יפו" מתחייב כי משך הבחינה לא יעלה על 48 שעות ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהמבוטח.
3. אם יידרש ניהול תביעה משולב עם קופת החולים בה חבר המבוטח, או הביטוח המשלים או חברת ביטוח אחרת, יפעל "מוקד עיריית ת"א יפו" מול הגורם המבטח הנוסף על מנת לסלק את התביעה במשותף.
4. לצורך ניהול התביעה המשותף יחתום המבוטח על יפוי כוח לטובת "מוקד עיריית ת"א יפו" המסמיך אותו לפעול בשמו מול כל מבטח נוסף לרבות (אך לא רק) קופת חולים, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבוטח, ייפגש נציג "מוקד עיריית ת"א יפו" עם המבוטח במשרדי החברה המבטחת, יסביר לו על יפוי הכוח ויסייע לו במילוי הטופס.
5. בזמן תביעת ניתוח בארץ יצורפו: ההתחייבויות כספיות או אופן חישוב סכום ההחזר, בצירוף כל הסכומים הרלוונטיים.
6. עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים לגבי החזרי תשלום, מול המבטח הנוסף ו/או קופת החולים, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח "מוקד עיריית ת"א יפו" המחאה למבוטח על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד עיריית ת"א יפו" על ידי המבוטח. החברה המבטחת ו"מוקד עיריית ת"א יפו" מתחייבים כי תשלום התביעה יעשה תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים ממועד סיום הליך בדיקת הזכאות כאמור לעיל. במידה והתשלום לא יבוצע תוך 7 ימים כאמור לעיל, תאושר ותשלום התביעה באופן מלא ומיידי ע"י החברה המבטחת, לרבות את החלק של קופת החולים. המבוטח יחתום על יפוי כוח לטובת החברה המבטחת מול השב"ן.
7. עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים מול החברה המבטחת הנוספת ו/או מול קופת חולים, לגבי שליחת כתב התחייבות לקבלת טיפול רפואי, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת הטיפול, ישלח "מוקד עיריית ת"א יפו" טופס התחייבות למבוטח או לספק השירות על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד עיריית ת"א יפו" על ידי המבוטח. החברה המבטחת מתחייבת כי כתב ההתחייבות שלה יכלול את כל הזכאויות הרלוונטיות למקרה הנדון עפ"י תנאי הפוליסה. המבטח ישלח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח על פי דרישת ספק השירות לא יאוחר מ-5 ימי עבודה מקבלת דרישת ספק השירות ו/או המבוטח והמצאת כל המסמכים הנדרשים, למעט במקרים דחופים בהם תשלום ההתחייבות הכספית מיד על פי דרישת ספק השירות. במקרים בהם ספק השרות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבוטח כיסוי כספי כנדרש על ידי ספק השרות, לרבות העברה כספית ישירה לספק השרות בכפוף להסכמת ספק השרות.
8. במידה והמבוטח ימצא לא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח מוקד עיריית ת"א יפו מכתב סירוב מנומק המסביר למבוטח מדוע לא נענתה בקשתו לתשלום תגמולי הביטוח, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבוטח, ייפגש נציג מוקד עיריית ת"א יפו עם המבוטח במשרדי החברה המבטחת, ויסביר לו את סיבת הדחייה.

9. עם סיום הטיפול, ובאותם מקרים בהם לא הצליח מוקד עיריית ת"א יפו להביא לסילוק משותף של התביעה מול מבטח נוסף לרבות קופת חולים או ביטוח משלים, החברה המבטחת תשלם והחברה המבטחת ומוקד עיריית ת"א יפו יפעלו לשיבוץ / החזר מול החברה המבטחת הנוספת והשבת כל הכספים המגיעים למבטח על פי הכיסוי שבידו.
10. נפטר מבטח חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבטח ולא שולמו לו או בעבורו לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לתשלום לאחר ביצוע התשלום לפי ההתחייבות האמורה, תשלם החברה המבטחת את היתרה לעיזבונו של המבטח או ליורשיו הנקובים בעותק צו קיום צוואה או בצו ירושה אשר יומצא לה ע"י העיזבון.
11. במידה ונמסרה למבטח תשובה בקשר לזכאות ו/או לכיסוי שלא קיים בפוליסה ו/או לא קיים ברובד בו הוא מבטח, התביעה תאושר ותשלם.
12. תביעה שאושרה טלפונית, תשולם (גם במידה ואושרה בניגוד לתנאי הפוליסה).
13. מבטח/ת ו/או היועץ זכאי לבקש ולקבל את הקלטות השיחות עימו.

(ו) התחייבות למתן שירות, אמנת שירות - SLA

1. "מוקד עיריית ת"א יפו" מתחייב לענות לטלפון בזמן סביר, 80 אחוז מהשיחות יענו תוך 30 שניות.
2. "מוקד עיריית ת"א יפו" מתחייב כי במקרים בהם יהיה קיים עומס פונים למוקד, ייקח נציג השירות מהלקוח המתקשר את פרטיו וכן את השעה הנוחה מבחינתו שיחזרו אליו, ויחזור אליו בשעה שנקבעה עם הלקוח, על מנת לטפל בבעיה בגינה פנה ל"מוקד עיריית ת"א", וזאת, תוך 3 שעות ממועד הפניה הראשונה.
3. "מוקד עיריית ת"א יפו" מתחייב כי בכל מקרה, משך הטיפול בבעיה בגינה פנה המבטח למוקד עיריית ת"א יפו" לא יעלה על 24 שעות.
4. "מוקד עיריית ת"א יפו" מתחייב לסיים בחינת כל חומר רפואי עפ"י תנאי הפוליסה, תוך זמן שלא יעלה על 48 שעות ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהלקוח ובמידה ונדרשת השלמת מסמכים מהמבטח, ההודעה תישלח ו/או תימסר למבטח לא יאוחר מתום 48 שעות נוספות. במידה וההודעה לא תישלח ו/או תימסר למבטח במסגרת זמן זו, החברה המבטחת לא תוכל לדרוש מסמכים נוספים מהמבטח והתביעה תאושר ותשולם עפ"י סעיף 6 להלן.
5. "מוקד עיריית ת"א יפו" מתחייב להתעדכן באופן שוטף לגבי שינויים ועדכונים החלים בסל הבריאות, בהוראות והנחיות משרד הבריאות, בביטוחים המשלימים של קופות החולים, ובחברות הביטוח ולעדכן את הנחיותיו, את הנוהליים על פיהם הוא פועל, את מערכות המחשב התומכות, ואת הצוותים על בסיס שינויים אילו.
6. החברה המבטחת מתחייבת כי עם סיום הליך בחינת הזכאות, עפ"י סעיף 4 לעיל, ובמידה והמבטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח תשלח המחאה / הפקדה בנקאית למבטח עפ"י הפרטים שנמסרו ל"מוקד עיריית ת"א יפו" ע"י המבטח תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים. ובמידה והתביעה לא תשולם במסגרת זמן זו, החברה המבטחת תאשר ותשלם את התביעה במייד.
7. המבטח ו/או היועץ זכאי לבקש ולקבל את הקלטות השיחות עימו.
8. החברה המבטחת לא תענה למבטח כי הוא אינו מבטח מבלי לבדוק עם מחלקת השכר.

איך לנהוג בעת תביעה?

הנחיות להגשת תביעה של מבוטח לחברת הביטוח בגין פרוצדורות רפואיות המבוצעות בתקופת המעבר בין חברת הביטוח "הפניקס" לחברת הביטוח "הראל":

1. מבוטחים שביצעו פרוצדורות רפואיות שהסתיימו בתקופת הביטוח הקודמת (עד ליום 31.12.2020 כולל) - יגישו את תביעתם לחברת הביטוח "הפניקס".
2. הכיסוי הביטוחי בחברת "הראל" מתחיל ביום 1.1.2021 בגין אירועים רפואיים שיקרו החל ממועד זה.

כמבוטח של חברת הראל, באפשרותך להגיש תביעת ביטוח בריאות on-line באמצעות התחברות לאזור "המידע האישי" באתר הראל:
www.harel-group.co.il/t/XCXATH

הגשת תביעה באופן זה תסייע לנו לטפל בתביעתך במהירות וביעילות ויאפשר לך לצפות בסטטוס התביעה מיד עם סיום הגשתה באתר.

במקרה של צורך בטיפול רפואי דחוף יש לפנות למוקד שירות לקוחות לעובדי עיריית תל אביב-יפו והמרכז הרפואי איכילוב

1-800-200-211

הראל - מוקד שירות לקוחות בריאות
ייעודי למבוטחי עיריית תל אביב - יפו
והמרכז הרפואי איכילוב

1-800-200-211 📞