



בריאות ועו"ד

ביטוח בריאות לחברי לשכת עורכי הדין בישראל

הראל
ביטוח ופיננסים

מדנס SM
סוכנות לביטוח בע"מ
בריאות | חיים | חביות | רכוש | פנסיוני

עורך/ת דין יקר/ה,

הננו שמחים להציג בפניך את חידוש תוכנית הביטוח "בריאות ועו"ד" לחברי לשכת עורכי הדין ב"הראל" חברה לביטוח בע"מ. הביטוח החדש ניכנס לתוקפו בתאריך 1.12.2013.

הבחירה בתוכנית זו של חברת "הראל" נעשתה לאחר בחינת הפוליסה הקיימת על ידי יועץ ביטוח, הוספה והרחבת תנאי הפוליסה, ולאחר תהליך של מכרז בין חברות הביטוח ובחינת ההצעות שנתקבלו. התוצאה היא כי בתנאי הפוליסה החדשה נכלל שיפור משמעותי בכיסויים למול הפוליסה הקודמת.

אנו מאמינים כי התוכנית מעניקה לך ולבני משפחתך כיסוי טוב ביותר, בתנאים מצוינים ובפרמיה הנמוכה משמעותית מפוליסה דומה הנרכשת באופן פרטי.

הפוליסה כוללת:

רובד בסיס:

- כיסוי להשתלות איברים בארץ ובחו"ל, טיפול / ניתוח מיוחד בחו"ל
- תרופות שלא בסל הבריאות
- ניתוח פרטי בארץ ובחו"ל כולל ביצוע תחליפי ניתוח בטכנולוגיה מתקדמת
- כיסויים אמבולטוריים
- כתבי שירות

רובד הרחבה:

- כיסוי סיעודי (עד 31.12.14 כפוף להחלטת המפקחת על הביטוח)

כל המבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם ממשיכים ברצף ביטוחי ברובד הביטוחי בו בוטחו. אנו תקווה כי אף אחד מאיתנו לא יזדקק לשירותים אלו.

סוכנות הביטוח מדנס תמשיך ללוות את מבוטחי הלשכה בשירות של הפוליסה. למידע נוסף, גלוש לאתר הלשכה WWW.ISRAELBAR.ORG.IL עו"ד / ביטוח לעו"ד / ביטוח בריאות משלים או לאתר האינטרנט הייחודי לחברי לשכת עו"ד בישראל www.madanes-lawyer.com (שם משתמש lawyer, סיסמא 2003 lawyer).

בברכת בריאות שלימה,

הראל חברה לביטוח

לשכת עורכי הדין

תוכן העניינים

- 4..... ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על-פי תקנות "גילוי נאות")
- 10..... פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על-פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח
- 14..... הסכם לביטוח בריאות קבוצתי
- 25..... תוכנית הביטוח
- 25..... פרק כללי - הגדרות לכל פרקי הפוליסה
- 32..... פרק א': השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל
- 35..... פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
- 38..... פרק ג': כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
- 40..... פרק ד': כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מ"שקל ראשון"
- 43..... פרק ה': כיסוי מורחב לניתוחים בארץ מעבר לשב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ
- 45..... פרק ו': שירותים אמבולטוריים
- 50..... פרק ז': כתבי שירות
- 61..... כתב שירות - לחיות בריא - שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים
- 65..... רובד הרחבה
- 65..... פרק ח': כיסוי סיעודי
- 68..... נספח 1
- 68..... רשימת גבולות אחריות המבוטח
- 72..... נספח 2
- 72..... טבלת הפרמיות להסכם החדש
- 74..... נספח 3 - הצהרת בריאות
- 75..... איך לנהוג בעת תביעה?.....

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה

ונספחיה (על-פי תקנות "גילוי נאות")

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	הסכם לביטוח בריאות קבוצתי לחברי לשכת עורכי הדין בישראל.
	שם בעל הפוליסה	לשכת עורכי הדין בישראל.
	הכיסויים בפוליסה	השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, כיסוי מ"שקל ראשון", כיסוי מורחב לניתוחים בארץ מעבר לשב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, שירותים אמבולטוריים, כתבי שירות, כתב שירות - לחיות בריא, כיסוי סיעודי.
	משך תקופת הביטוח	9 שנים, החל מיום 1.12.2013 ועד ליום 31.11.2022. הכיסוי הסיעודי יהיה בתוקף עד ליום 31.12.14 (במידה והמפקח על הביטוח יאשר את הארכת הכיסוי, הכיסוי יוארך בהתאם להנחיות שיינתנו).
	המשכיות	<p>במקרה בו הופסקה הפוליסה או שהופסק פרק לכיסוי סיעודי ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבטח מסיבה כלשהיא או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה מסיבה כלשהי, יוכל כל מבטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות ו/או הסיעוד הפרטיות הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים (ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית) ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח ובהנחה של 25% לשנה א' ו-15% משנה ב' לכל החיים מתעריפי הפוליסה הפרטית.</p> <p>בהמשכיות לביטוח סיעודי, יינתנו ההנחות הבאות: עד גיל 40 - 28%, גיל 41-59 - 23%, גיל 60 ואילך - 25% בשנה הראשונה ולאחר מכן - 15%.</p> <p>כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם ביניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.</p> <p>על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, בתוך 90 יום ממועד הפסקת הפוליסה, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח. המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום מיום קבלת הודעת המבטח על זכותו להמשכיות.</p> <p>במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.</p> <p>היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו חרגות, יחולו חרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.</p> <p>להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.</p>

נושא	סעיף	תנאים
כללי	תנאים לחידוש אוטומטי	לאחר תום תקופת ההסכם יתחדש הסכם זה אוטומטית לתקופה נוספת של 3 שנים, אלא אם הודיע בעל הפוליסה או המבטח, לפחות 90 יום לפני תום תקופת ההסכם על רצונו שלא לחדשו. במידה ולא יחודש ההסכם לתקופת ביטוח נוספת כאמור לעיל, יאריך המבטח את תקופת ההסכם, על-פי דרישת בעל הפוליסה, לתקופה נוספת של 90 יום מיום סיום ההסכם, בתנאים זהים להסכם זה.
	תקופת אכשרה	אין, למעט בשירותים האמבולטוריים, בגין בדיקות ושירותים להריון לרבות סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי, הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה, כיסוי הוצאות נלוות להריון ולידה, טיפולי הפריה חוץ גופית בארץ ובחול, תהיה תקופת אכשרה של 180 יום.
	תקופת המתנה	אין, למעט בכיסוי לניתוחים - סעיף אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח, תהיה תקופת המתנה של 30 יום ולמעט בכיסוי הסיעודי, תהיה תקופת המתנה של 60 יום.
	השתתפות עצמית	בפרק ב' (תרופות שאינן כלולות הסל הבריאות) - השתתפות עצמית של 200€ לחודש למקרה ביטוח. בגין תרופה שעלותה החודשית מעל 10,000€ או תרופה בגין מחלת הסרטן, לא תידרש השתתפות עצמית. בפרק ד' (ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח) - השתתפות עצמית של 20% בגין התייעצות עם רופא מומחה לפני ואחרי ניתוח. השתתפות עצמית של 25% בגין עדשת מולטי פוקאל המושלתל במהלך ניתוח קטרקט. בפרק ו' (שירותים אמבולטוריים) - השתתפות עצמית של 20% בגין התייעצות עם רופאים מומחים, בדיקות סיקור גנטי לפני הריון, בדיקות גנטיות במהלך הריון או אחריו, מיילדת פרטית, שאיבה והקפאת ביציות, טיפולי הפריה חוץ גופית, בדיקות פתולוגיות ואו גנטיות, אחות פרטית, אביזר רפואי, שיקום הליכה וציבה, התייעצות מחלה קשה. השתתפות עצמית של 25% בגין שהייה בבית החלמה לאחר לידה, טיפול פיזיותרפי, בדיקות אבחנתיות, מנוי למשדר קרדילוגי, התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב, דום נשימה והפרעות נשימה בשינה, שימור דם טבורי. בפרק ז' (כתבי שירות) - השתתפות עצמית של 25€ לביקור רופא לילי, השתתפות עצמית של 80€ לפגישה ראשונה לייעוץ פסיכולוגי ו-100€ לכל אחת מ-11 הפגישות הנוספות, השתתפות עצמית של 20% לשירותי רפואה משלימה, בכתב שירות "לחיות בריא" השתתפות עצמית לכל שירות כמפורט בנספח.
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	ללא שינוי.

תנאים				סעיף	נושא
פרק ח' - כיסוי סיעודי	רובד בסיס פרקים א'-ז' שקל ראשון	רובד בסיס פרקים א'-ז' משלים שב"	גיל המבוטח	גובה הפרמיה	פרמיות
ש3.71 ₪	ש25.29 ₪	ש19.57 ₪	0-24 (ילד)		
ש11.96 ₪	ש59.38 ₪	ש45.10 ₪	חבר/ה לשכה, בן/ת זוג עד גיל 29 וילד/ה מגיל 25		
ש11.86 ₪	ש76.52 ₪	ש57.93 ₪	30-34		
ש14.10 ₪	ש92.26 ₪	ש67.97 ₪	35-39		
ש15.16 ₪	ש108.00 ₪	ש79.40 ₪	40-44		
ש18.54 ₪	ש127.97 ₪	ש92.25 ₪	45-49		
ש23.05 ₪	ש159.43 ₪	ש115.12 ₪	50-54		
ש33.33 ₪	ש202.29 ₪	ש152.27 ₪	55-59		
ש59.65 ₪	ש213.74 ₪	ש168.01 ₪	60-64		
ש153.32 ₪	ש238.03 ₪	ש188.02 ₪	65-69		
ש277.46 ₪	ש280.88 ₪	ש200.86 ₪	70-74		
ש418.81 ₪	ש280.92 ₪	ש200.88 ₪	75		
ש482.86 ₪	ש280.92 ₪	ש200.89 ₪	76 ואילך		
<p>הפרמיה תיקבע על-פי גיל הכניסה לביטוח ותשתנה על-פי גיל המבוטח בעת המעבר בין קבוצות הגיל כמפורט בטבלה לעיל. על-פי מדד 12414 נקודות.</p>					
משתנה, כמפורט לעיל.				מבנה הפרמיה	
<p>הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד שפורסם ב-15.11.2013, 12414 נקודות. התאמת פרמיה: עם תום הכיסוי הסיעודי, תבוצע התאמת פרמיה (ב-1.1.2015) וייתכן והפרמיה תשתנה. התאמות פרמיה נוספות יבוצעו שנתיים לאחר מכן (ב-1.1.2017) וכן מידי 36 חודשים לאחר מכן.</p>				שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	
בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת של 90 יום למבוטח.				תנאי ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה ו/או המבוטח	תנאי ביטול
<p>1. אם המוטבים ו/או בעל הפוליסה ו/או המבוטח אינו/ם משלם/ים אולא שילמו את הפרמיה כסדרה (על-פי חוק הביטוח). הביטול יתבצע לאחר מתן התראות לבעל הפוליסה ו/או המבוטח כמתחייב עפ"י חוק חוזה ביטוח.</p>				תנאי ביטול הפוליסה ע"י החברה	
<p>2. אם העלים המוטב ו/או בעל הפוליסה מהחברה עובדה מהותית, שידיעתה הייתה גורמת לחברה שלא לקבלו לביטוח (על-פי חוק חוזה הביטוח 1981).</p>					

תנאים	סעיף	נושא
<p>סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה (גורמי סיכון כגון לחץ דם גבוה, ערכי שומנים גבוהים בדם, ערכי סוכר גבוהים בדם (שאינם מטופלים ע"י תרופות) לא ייחשבו כמחלה לצורך סעיף זה) או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:</p> <p>א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.</p> <p>ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.</p> <p>"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.</p> <p>"המועד הקובע" לעניין סעיף זה ייחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.</p> <p>על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל-פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הפרטי או הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים חופפים.</p>	<p>החרגה בגין מצב רפואי קיים</p>	<p>חריגים</p>
<p>הסכם הביטוח - סעיף 6.5. פרק כללי - סעיף 2. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - סעיף 4. ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח - סעיף 3. כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 4. כיסוי לניתוחים בארץ מעבר לשב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 3.</p>	<p>סייגים לחבות המבטחת</p>	

נושא	סעיף	תנאים
תוספת לביטוח סיעוד - בתוקף עד ליום 31.12.14 (במידה והמפקח על הביטוח יאשר את הארכת הכיסוי, הכיסוי יוארך בהתאם להנחיות שיינתנו).	הגדרת מקרה ביטוח	"בעל צורך סיעודי" יוגדר כאחד משני האירועים הבאים: המבוטח ייחשב כ"בעל צורך סיעודי" לעניין ביטוח זה, אם מצב בריאותו ותפקודו ירודים כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות, או 2 מתוך 6 הפעולות הבאות אם אחת מהן הינה חוסר יכולת לשלוט על הסוגרים: 1. לקום ולשכב. 2. להתלבש ולהתפשט. 3. להתרחץ. 4. לאכול ולשתות. 5. לשלוט על הסוגרים. 6. ניידות. או: כ"בעל צורך סיעודי" ייחשב מבוטח אשר מצב בריאותו ותפקודו ירודים עקב "תשישות נפש" שנקבעה על-ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על-פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.
	משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח	לכל החיים.
	סוג תגמולי הביטוח	פיצוי.
	סכום הביטוח	פיצוי חודשי של 7,100 ₪ למוטב הנמצא במצב מזכה.
	תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית	אין הפרדה.
	שחרור מתשלום פרמיה	יש.
	סקאלת הפרמיה	כמפורט בסעיף "גובה הפרמיה" לעיל.
	זכויות המבוטח בגין העלאת פרמיה	אין.
	ערך מסולק	אין.
	תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח	אין.
	קיצוז תגמולים מביטוחים אחרים	אין קיצוז עם ביטוחים סיעודיים אחרים כגון: ביטוח לאומי, ביטוחים משלימים של קופ"ח וביטוחים מסחריים אחרים.

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

תגמולי ביטוח מירביים שאינם בערך נקוב
 בגין תגמולי ביטוח שאינם בערך נקוב, ניתן להתעדכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il. הכיסוי יינתן בהתאם לרשימת הניתוחים ובניכוי ההשתתפות העצמית כפי שנקובה בפוליסת הביטוח שברשותך במידה וקיימת. התנאים המחייבים הם התנאים

הנקובים בפוליסת הביטוח שברשותך. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות יקבעו התנאים הנקובים בפוליסה. הסכומים הנקובים משקפים את מחירי ההסכם של הראל והם עשויים להשתנות אחת לשנה.

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

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	תגמולים עם ביטוח אחר
השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
תגמולי הביטוח להשתלות	אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרה בגובה 5,000,000 ₪. להשתלת לב מלאכותי - עד 1,000,000 ₪.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח	ביטוח תחליפי	כן
		פיצוי			לא
גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה	בגובה 6,500 ₪ למשך 24 חודשים לאחר השתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, מעי, לבלב, כליה, כליה - לבלב, מח עצם או 4,000 ₪ למשך 3 חודשים לאחר השתלת קרנית או מח עצם עצמית.	פיצוי	כן	ביטוח חליפי	לא
תגמולי הביטוח לטיפולים מיוחדים בחו"ל	אצל נותני שירות שבהסכם - מלא. אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד 800,000 ₪.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח	ביטוח תחליפי	כן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים עם ביטוח אחר
תרופות מיוחדות					
תרופות הנכללות בכיסוי	תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל למבוטח בגין התוויה, ואושרו לשימוש הנדרש בישראל או באחת המדינות המוכרות או שלא אושרו לשימוש הנדרש אך הוכרו כיעילות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח עפ"י תנאי הפוליסה או תרופת יתום כהגדרתה בפוליסה.			ביטוח מוסף	
סכום ביטוח מירבי לכל תקופת הביטוח	עד 2,000,000 ₪ לשלוש שנים ומתחדש מדי 3 שנים.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	
סכום ביטוח מירבי לכל תקופת הביטוח	השתתפות עצמית של 200 ₪ לחודש למקרה ביטוח. בגין תרופה שעלותה החודשית מעל 10,000 ₪ או תרופה בגין מחלת הסרטן, לא תידרש השתתפות עצמית.			ביטוח מוסף	
ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל					
תגמולי הביטוח	כיסוי מלא לניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לאישור החברה מראש. הכיסוי כולל בין היתר: הטסה רפואית, הוצאות טיסה ושהייה (בניתוח שתקופת האשפוז מעל 7 ימים), הטסת גופה, הבאת מומחה מחו"ל, הוצאות שהייה לאחר הניתוח. במידה ואין אישור מראש - כיסוי עד 200% מעלות ספקי הסכם בחו"ל או 200% מעלות ניתוח בבית חולים הדסה, הגבוהה ביניהם.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ					
ניתוחים מכוסים	כיסוי מהשקל הראשון: כל הניתוחים המבוצעים באופן פרטי - כיסוי מהשקל הראשון.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור מראש החברה	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים עם ביטוח אחר
ניתוחים מכוסים	ניתוחים בארץ מעבר לשב"ן: כל הניתוחים מעבר לחבות השב"ן, לבעלי כללית מושלם / פלטינום, לאומית ועוד / זהב, מאוחדת עדיף / שיא ומגן זהב.	שיפוי	כן	ביטוח משלים	כן
מחליפי ניתוח	ספק בהסכם בארץ או בחו"ל - ללא תקרה. ספק שלא בהסכם בארץ - כיסוי עד עלות ניתוח אותו מחליף הטיפול בארץ או 200,000 ש"ח - הגבוהה ביניהם. ספק שלא בהסכם בחו"ל - עלות ניתוח אותו מחליף הטיפול בחו"ל או 200,000 ש"ח - הגבוהה ביניהם.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
כיסוי לניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל	בארץ - כאמור לעיל. בחו"ל - כאמור בפרק "ניתוחים בחו"ל".				
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם החברה	קיים (עד לתקרת הסכום הגבוה ביותר עבור הניתוח שבוצע).	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פיצוי בגין ניתוח בבי"ח ציבורי או פרטי	פיצוי בגובה 1,200 ש"ח ליום ועד 14 יום.	פיצוי	כן	ביטוח תחליפי	לא
שירותים רפואיים אמבולטוריים					
	התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות ושירותים להריון לרבות סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי, הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה, כיסוי הוצאות נלוות להריון ולידה, טיפולי הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל, טיפולים אונקולוגיים, טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה, בדיקות רפואיות אבחנתיות, בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות, טיפול ע"י מקרופאגים, מוני לשרותי משדר קרדיולוגי, התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב, שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול, טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה, שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב-amblyopia, אח/ות פרטי/ת, אביזר רפואי, חדר מלח, פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח, שימור דם טבורי, שיקום הליכה ויציבה, כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל, כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית, התייעצות עם רופא מומחה במחלה קשה. עד תקרה הנקובה בכל סעיף בפרק.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים עם ביטוח אחר
רפואה משלימה					
תקרת הכיסוי	עד 16 טיפולים למבוטח לשנת ביטוח ועד 20 טיפולים למשפחה בשנת ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
השתתפות עצמית	בגובה 20% לטיפול				

נכון למדד 12414 נקודות.

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

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

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

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים בהסכם החתום בין הצדדים.

הסכם לביטוח בריאות קבוצתי

מצד אחד;

בין: לשכת עו"ד בישראל
רחוב: דניאל פריש 10 תל אביב
(להלן: "בעל הפוליסה")

מצד שני;

לבין: הראל חברה לביטוח בע"מ
רחוב: אבא הילל 3 רמת גן
(להלן: "המבטח")

הואיל: והמבטחים כהגדרתם להלן מבטחים במועד תחילת הסכם זה בביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי, (להלן "הביטוח הקודם");

הואיל: ובעל הפוליסה מבקש לבטח בביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי את המבטחים כהגדרתם ולאפשר לחברי לשכת עו"ד שאינם מבטחים להצטרף לביטוח, (להלן "הביטוח החדש" ו/או "הביטוח");

והואיל: והמבטח מסכים לקבל על עצמו ביטוח זה בכל היקפו ובתנאים המפורטים בהסכם ביטוח זה להלן;

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

1. מבוא:

- 1.1. המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הביטוח.
- 1.2. כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד. לצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.

2. המבטחים:

- 2.1. מי שבמועד ההצטרפות לביטוח היה חבר לשכת עו"ד בישראל ורשום ברשימת חברי הלשכה המצויה אצל בעל הפוליסה (להלן: "החברה") בני/בנות זוגם/ן לרבות ידועה/ה בציבור וילדיהם לרבות ילד/ה חורגת/ת ו/או מאומץ/ת, חתנים, כלות ונכדים/ות (להלן "מבטחים מצורפים") ובלבד שגילו/ה בעת ההצטרפות לא עולה על 76 שנה.
- 2.2. גיל המבטח לענין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבטח (שנים גרגוריאניות). למען הסר ספק לצורך חישוב דמי הביטוח חישוב הגיל יבוצע בשנים שלמות. לדוגמה: גיל 30 ו-10 חודשים יחשב כגיל 30.
- 2.3. להסרת ספק, יובהר כי כל המבטחים עפ"י הסכם זה כמוגדר לעיל יוכלו להיות מבטחים בהסכם זה כל עוד ההסכם בתוקף וכל עוד דמי הביטוח החודשיים משולמים בגינם בגבייה אישית.

3. מהות הביטוח

- 3.1. פירוט הכיסויים בביטוח כמפורט בתוכנית הביטוח / בפוליסה.
- 3.2. פרקי הכיסוי וגובה הפרמיה - כמפורט בנספח 2 לפוליסה.
- 3.3. רשימת גבולות אחריות המבטח לשני רבדי הכיסוי - כמפורט בנספח 1 לפוליסה.
- 3.4. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה המיטיבה את תנאי הביטוח, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.

בנוסף, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהא רשאי בעל הפוליסה לערוך בחינה מחדשת של היקף ההגדרות והכיסויים הכלולים בהסכם זה ולדרוש לעדכנם ולהרחיבם. אם לשינויים הנדרשים כאמור ישנה השלכה כספית, יותנו השינויים בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.

3.5. במקרה זה, דרישת המבטח לשינוי הפרמיה תועבר לבעל הפוליסה וזה האחרון יהא רשאי להעביר את ההצעה לבדיקתו של אקטואר מטעמו, החבר באגודת האקטוארים. בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בהודעה בכתב של 90 יום מראש למבטח, אשר תימסר למבטח בתוך 60 יום ממועד מסירת דרישת המבטח להעלאת הפרמיה בשל יישום הנחיות המפקח כאמור בסעיף זה. הצדדים ינהלו מו"מ בתום לב בניסיון להגיע להסכמות לגבי תוספת הפרמיה בתוך פרק הזמן של 60 יום כאמור לעיל.

3.6. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה הגורעת בתנאי הביטוח, ומחייבת את ישומו תוך כדי ההסכם, יותנו השינויים בהפחתת דמי הביטוח בהתאם.

4. תקופת הסכם הביטוח:

4.1. תקופת הסכם הביטוח (להלן: "ההסכם" או "הביטוח") הינה כמפורט בנספח 2, שתחילתה (להלן: "המועד הקובע") וסיומה (להלן: "תקופת ההסכם") מפורטות אף הם בנספח 2.

4.2. לאחר כל 36 חודשים ממועד תחילת הביטוח ייבדק ניסיון התביעות בפוליסה. במידה והפוליסה תישא הפסדים או רווחים תותאם הפרמיה לתקופת הביטוח הנותרת בכפוף לנוסחה בסעיף 9.4 להסכם.

4.3. בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת של 90 יום למבטח.

4.4. לאחר תום תקופת ההסכם יתחדש הסכם זה אוטומטית לתקופה נוספת של 3 שנים (להלן: "תקופת ההסכם המוארכת"), אלא אם הודיע בעל הפוליסה או המבטח, לפחות 90 יום לפני תום תקופת ההסכם על רצונו שלא לחדשו. תקופת ההסכם המוארכת תהיה בהתאם לנוסחת ההתאמה בסעיף 9.4.

4.5. במידה ולא יחודש ההסכם לתקופת ביטוח נוספת כאמור בסעיף 4.4 לעיל, יאריך המבטח את תקופת ההסכם, על-פי דרישת בעל הפוליסה, לתקופה נוספת של 90 יום מיום סיום ההסכם, בתנאים זהים להסכם זה.

5. גביית דמי הביטוח:

5.1. מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי, לא יצרפו המבטח לאותו הביטוח, אלא על-פי הסכמתו המפורשת מראש של המבוטח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא אחד מהמבוטחים "המצורפים" - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירופו.

5.2. האמור בסעיף 5.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

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

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

5.3. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על-פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 5.2 לעיל, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

6. הצטרפות לביטוח, התחלתו והפסקתו:

6.1. תקופת הביטוח לפי הסכם ביטוח זה על כל נספחיו לגבי כל אחד מהמבוטחים, יהיה:
א. הראשון בחודש לעודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב, בכפוף למילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה.

6.2. תקופת הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

א. בתום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף 4 לעיל.

ב. ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, מסיבה כלשהיא.

6.3. אופן ההצטרפות לביטוח:

6.3.1. חברי לשכת עו"ד לרבות בני/ות זוג וילדיהם ויודעים/ות בציבור, אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם, מצטרפים לביטוח ברצף זכויות מלא לזכויות אשר היו בביטוח הקודם בהתאם למסלול הביטוח בו היו מבוטחים ויצטרפו לביטוח החדש ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, כאשר מועד תחילת הביטוח הוא המועד שבו הצטרפו לביטוח הקודם.

6.3.2. חברי לשכת עו"ד לרבות בני/ות זוג וילדיהם ויודעים בציבור, חתנים, כלות ונכדים אשר לא היו מבוטחים בביטוח הקודם, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות - נספח 3.

6.3.3. חבר/ה אצל בעל הפוליסה שנישאו בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/ה בכפוף למילוי הצהרת בריאות - נספח 3. מועד תחילת הביטוח של מצטרפים על-פי סעיף זה יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח זה בפועל.

6.3.4. תינוק שנולד למבוטח/ת יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה וללא חריג סייג מצב רפואי קודם לגבי מום או מחלה מולדים ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו. התשלום בגינו יהיה רטרואקטיבי ממועד לידתו.

6.3.5. מוסכם בין הצדדים כי מבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום, המבטח יאשר או ידחה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי החיתום שיקבעו ע"י המבטח בגין אותו מבוטח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 10 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח..

6.3.6. צירוף בני משפחה של חבר/ה בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח החבר/ה.

6.3.7. חבר לשכת עו"ד מבוטח שנפטר/ה או שהתגרש/ה, ימשיכו "המבוטחים המצורפים" המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות הוראת קבע.

6.4. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם:

6.4.1. במקרה בו הופסקה הפוליסה או שהופסק פרק לכיסוי סיעודי ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבוטח מסיבה כלשהי או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה מסיבה כלשהי, יוכל כל מבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות ו/או הסיעוד הפרטיות הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים (ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית) ובתעריפים שיהיו

- נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח ובהנחה מתעריפי הפוליסה הפרטית ולתקופת הנחה כפי שמפורט בנספח 2.
- 6.4.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם ביניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.
- 6.4.3 על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, בתוך 90 יום ממועד הפסקת הפוליסה, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.
- 6.4.4 המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום מיום קבלת הודעת המבטח על זכותו להמשכיות.
- 6.4.5 במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.
- 6.4.6 היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.
- 6.4.7 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאת משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.
- 6.5 **מצב רפואי קודם**
- 6.5.1 **הגדרות:**
- "מצב רפואי קודם"** - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- "סייג בשל מצב רפואי קודם"** - סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 6.5.2 **תחולת חריג מצב רפואי קודם**
- סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו ב"מועד הקובע" כהגדרתו להלן: פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע. למען הסר ספק - חריג מצב רפואי קודם יחול על מבוטחים חדשים אשר צורפו להסכם זה וללא מילוי הצהרת בריאות.
- "המועד הקובע"** לעניין סעיף זה יוגדר כדלהלן: למבוטחים חדשים יחשב ה"מועד הקובע" כמועד הצטרפותם להסכם זה. למבוטחים קיימים יחשב "המועד הקובע" כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.
- 6.5.3 נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא יגלה למבטח על מצבו יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל-פי הוראות הדין.

- 6.5.4 הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יאה המבטח רשאי לסייג חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתיקבע ע"י המבטח לצד אותו מצב רפואי מסוים, לרבות בתקופות מיוחדות. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 6.5.5 הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 6.5.6 על אף האמור לעיל, מבוטחים חדשים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל-פי הסכם זה, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם או לביטוח הפרטי / הקבוצתי, בהתאמה, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים חופפים.
- 6.5.7 מבוטח בעל שב"ן שיגיש תביעה לניתוח אשר אינו מכוסה עקב הגדרת מצב רפואי קודם בשנה הראשונה להצטרפותו לביטוח, יוכל לממש את זכאותו במסגרת הזכאות לכיסוי לבעלי שב"ן ובתנאי שישתמש בבתי חולים שבהסכם ומנתחי הסכם של השב"ן בו הוא עמית, המבטח ישלם את ההשתפות העצמית של המבוטח בגין אותו ניתוח.

7. תשלום בעת תביעה:

- 7.1 בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לשפות ו/או לפצות את המבוטח או לשלם למבוטח סכומים כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל (במקרה של מסירת הקבלות המקוריות לקופת חולים, בצירוף אישור קופת חולים בכתב על הסכום שכוסה על ידה, ישופה המבוטח בהתאם לכל פרקי הפוליסה), ובלבד שהסכום המרבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות שבהסכם ובהתאם לנוספחים המצורפים להסכם זה כחלק בלתי נפרד ממנו לרבות נספח 1 להסכם, ובתנאי שהסכם זה היה בתוקף לגבי אותו מבוטח עפ"י הוראות הסכם זה.
- 7.2 אישור או דחיית התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הנדרשים לו לשם יישוב התביעה. מובהר ומוסכם כי במידה והחברה לא תמסור את החלטתה לגבי אישור תביעה או דחייתה תוך 14 ימי עבודה כאמור לעיל, יפנה המבוטח ליועץ, תימסר למבטחת הודעה ע"י היועץ בדבר אי יישוב התביעה ובאם תוך 3 ימי עבודה לא תמסור המבטחת את החלטתה ייחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבונו. החברה תשפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 יום.

8. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה, רשימות ותעודות:

- 8.1 בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:
- 8.1.1 כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל, באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 8.1.2 כי הינו גוף סטטוטורי בהתאם לחוק אשר רשאית להיות בעלת פוליסה.
- 8.1.3 כי הוא ימסור למבטח מידע ככל שיוכל ועפ"י המותר בדין לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו לפי פוליסה זו.
- 8.1.4 ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי לחברות בקבוצה המבוטחת.

- 8.2. למען הסר ספק, מועמדים לביטוח שיידרשו למלא הצהרות בריאות וחיתום, לא יחשבו מבוטחים על-פי הסכם זה, וזאת עד להשלמת הליך החיתום והודעת המבטח בכתב בדבר הסכמתו ותנאיו לקבלת המועמדים לביטוח וקבלת תשלום דמי הביטוח לראשונה עבורם.
- 8.3. מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום יבוצע בתוך 10 ימי עבודה מיום קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח. במידה ולאחר קבלת המסמכים, המועמד לביטוח יקבל תשובה שלילית בגין קבלתו לביטוח, יושבו דמי הביטוח (ככל שנגבו) למועמד.

9. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבטוח:

- 9.1. דמי הביטוח מפורטים בנספח 2 לפוליסה.
- 9.2. דמי הביטוח יהיו על בסיס חודשי, וישולמו על-ידי המבוטח למבטח באמצעות הוראת קבע אישית על-פי המועד בו נקבע תשלומם ע"י המבטח.
- 9.3. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח להלן מדד הבסיס.
- 9.4. התאמת דמי הביטוח החודשיים תבוצע כמפורט להלן בנוסף להצמדה למדד שתבוצע מדי חודש בחודשו ובנוסף לעליית הפרמיה למבטח בהתאם לגילו בהתאם לטבלת הפרמיות בנספח 2.
- 9.5. בכל עת בו ייפסק הכיסוי הסיעודי (פרק ח'), תהא רשאית המבטחת לבצע התאמת פרמיה. שיעור ההתאמה המרבי במקרה של הפסקת הכיסוי הסיעודי לא יעלה על 10%.
- בתום 36 חודשים ביטוח יבדקו התוצאות העסקיות של הפוליסה בגין התקופה ממועד ההתאמה האחרונה אם בוצעה ועד מועד הבדיקה, פעם נוספת, על בסיס הפרמטרים שנקבעו לעיל. היה והפוליסה תציג הפסד תועלה הפרמיה בשיעור מרבי של 20%.
- בתום 72 חודשי ביטוח יבדקו התוצאות העסקיות של הפוליסה בגין התקופה שממועד ההתאמה האחרון ועד מועד הבדיקה, פעם נוספת, על בסיס הפרמטרים שנקבעו לעיל. במידה והפוליסה תציג הפסדים, יהיה רשאי המבטח להעלות את הפרמיה בשיעור כזה שסה"כ ההתאמה המצטברת במהלך כל תקופת הביטוח עד למועד בדיקה זה כולל, לא תעלה על 40% במצטבר.
- והיה ובתום 72 חודשים מיום תחילת ההסכם, שיעור ההפסד בפוליסה יהיה גבוה מ-30% תתבצע התאמת פרמיה ללא תקרה בהסכמת בעל הפוליסה וחברת הביטוח. במידה ולא יגיעו הצדדים להסכמה יסכימו הצדדים על ביטול ההסכם ובהודעה מראש של 90 יום.
- במידה ויימצא רווח, תוזל הפרמיה בתקופה העוקבת לכלל המבוטחים בשיעור המפורט בנספח 2 להסכם מסך הרווח או יתווספו לפוליסה כיסויים בהתאם להחלטת בעל הפוליסה.

10. מתן מסמכים למבטוח:

- 10.1. המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל מבטוח, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, ודף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוורה עליהם המפקח. בסעיף זה "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 10.2. חלה על מבטוח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח.

11. מתן הודעות למבטח:

- 11.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה להלן - "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח למבטוח, 30 יום לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.
- 11.2. לעניין זה - "שינוי בדמי הביטוח" - למעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בנספח 2.
- 11.3. "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הפוליסה לתקופה נוספת.

12. פיגורים בתשלומים:

- 12.1. לדמי הביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על-פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א-1961 מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל המבטח.
- 12.2. לא שולמו דמי הביטוח למבטח, יבוטל הביטוח למבטח לפי הסכם ביטוח זה, בכפוף להוראות החוק.

13. תנאי הצמדה למדד:

- 13.1. כל התשלומים למבטח ועל-ידי המבטח על-פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:

"המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.

"המדד היסודי" - משמעו המדד הידוע במועד תחילת ההסכם.

"המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.
- 13.2. כל תשלומי המבטח על-פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 13.3. כל תשלומי דמי הביטוח שעל המבטח לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

14. תגמולי ביטוח:

- 14.1. המבטח יהא רשאי על-פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור. במקרה של מסירת הקבלות המקוריות לקופת חולים, בצירוף אישור קופת חולים בכתב על הסכום שכוסה על ידה, ישופה המבטח בהתאם לכל פרקי הפוליסה.
- 14.2. המבטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על-פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 14.3. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 14.4. נפטר המבטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, אזי ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על-פי ההתחייבות האמורה, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבטח על-פי צו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

15. תחלוף (סברוגציה):

- 15.1. מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.
- 15.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 15.3. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצידו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור בסעיף 15.1. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על-פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

16. נוהל תביעה:

- 16.1. בקרות מקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח בחו"ל, בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל, יודיע על כך למבטח ויקבל את אישורו בכתב תוך זמן סביר ובהתחשב במצבו הרפואי של המבוטח ובדחיפות הבעיה הרפואית. למען הסדר הטוב, מובהר כי למבוטח הזכות להחליט אם ברצונו לקבל את הטיפול הרפואי בישראל או בחו"ל, במידה והכיסוי קיים בחו"ל, ובכפוף להוראות הסכם זה.
- 16.2. אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח ו/או קבלת טיפול רפואי דחוף במבוטח ושמונע ממנו להודיע למבטח מראש על כך, ידון המבטח בתביעה לאחר הניתוח ו/או הטיפול הרפואי הדחוף ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות הסכם זה בתנאי שהתקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום או הטיפול הרפואי טיפול חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת המבטח תוך זמן סביר העולה ממצבו של המבוטח, ולא יותר מ-45 יום ממועד ביצוע הניתוח ו/או קבלת הטיפול הרפואי.
- 16.3. המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- 16.4. המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר.
- 16.5. אם יידרש לכך על-ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על-ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.
- 16.6. בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות או העתק קבלות בצירוף הסבר למי נשלחו מהמסמכים המקוריים ופירוט הסיבה למה לא יכול המבוטח להמציאם למבטח.
- 16.7. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפוליים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:
- 16.7.1. ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

- 16.7.2. יהיה רשאי, על-פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
- 16.7.3. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבוטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות. אם ידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
- 16.7.4. תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.
- 16.7.5. במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עפ"י דרישת בעל הפוליסה ו/או היועץ, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עימו במישרין.

17. שירות:

- 17.1. המבטח יעמיד לרשות המבוטחים מוקד לשירות בחירום הפועל 24 שעות ביממה, 365 יום בשנה (למעט יום כיפור), ללא הפסקה. במידת הצורך יטופל המבוטח באופן מיידי ע"י כונן מקצועי של המבטח, המקושר למחשב החברה.
- 17.2. המבטח יעמיד לרשות המבוטחים מוקד שירות שיופעל בימים א'-ה' בין השעות 08:00 - 17:00, ביתר שעות היממה והשבוע תועברנה השיחות למוקד החירום.
- 17.3. אנשי מוקד השירות יהיו בעלי הכשרה, מיומנות, ניסיון וידע מקצועי כדי לתת מענה מיטבי לנושאים הקשורים בפוליסה.
- 17.4. אנשי מוקד השירות יענו על כל שאלה או הבהרה בקשר לתנאי הפוליסה, לאופן הגשת תביעה, מעקב אחר תביעות מטופלות וכל נושא אחר הקשור לפוליסה. הטיפול יתבצע באופן מקצועי, בהיר וברור.
- 17.5. אנשי המוקד יכירו את תנאי הפוליסה וההסכם, על מנת לקיים רמת שירות גבוהה.
- 17.6. אנשי המוקד יתעדכנו באופן שוטף לגבי שינויים החלים בסל הבריאות, הנחיות משרד הבריאות, ביטוחים משלימים של קופות החולים - ולפי השינויים יעדכנו את נוהלי העבודה ואת הצוותים.
- 17.7. פנייה של המבוטח תיעשה באמצעות טלפון, פקס או דואר אלקטרוני. נושאים דחופים יענו במהירות המרבית.
- 17.8. פנייה של מבוטח תיענה בזמן סביר, 80% מהשיחות ייענו בתוך 60 שניות. במקרה של עמוס חריג במוקד, ייקח נציג השירות את פרטי המבוטח המתקשר ויחזור אליו על מנת לטפל בבעיה בגינה פנה, וזאת תוך 6 שעות ממועד הפניה הראשונה.
- 17.9. המבטח יתעד ויגבה כל שיחת טלפון, פקס ותכתובת דואר אלקטרוני עם מבוטח ומי מטעמו, כדי שיהיו זמינים לברור מחלוקת ולכל צורך אחר. המבטח ימנה מתוך צוות טיפול בתביעות, נציגים אשר יטפלו בלעדית במבוטחי פוליסה זו.
- 17.10. המבטח יעמיד לרשות בעל הפוליסה איש קשר בכיר, שיהיה בעל ידע מקצועי וניסיון נרחב בתחום ביטוחי הבריאות ונוהלי החברה. ויהיה בקיא היטב בפרטי חוזה זה. במקרים דחופים יהיה איש הקשר הבכיר זמין בכל שעות היממה, באמצעות מוקד השירות.

18. מיסים והיטלים:

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

19. וועדת ערר:

- 19.1. מבוטח רשאי לפנות לממונה הבכיר על הביטוח אצל בעל הפוליסה בבקשה לכנס וועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י המבטח לדין מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ-20 יום מהגשת התביעה לדין. במקרים דחופים תתכנס הוועדה בהקדם האפשרי.
- 19.2. המבטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש לרבות מכתב הסבר. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה שנדחתה עד לקבלת החלטה. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ-20 יום מהגשת כל המסמכים הנדרשים לדין. במקרים דחופים תתכנס הוועדה בהקדם האפשרי.
- 19.3. החלטת הוועדה תחייב את המבטח.
- 19.4. הוועדה תורכב מנציג בעל הפוליסה, נציג המבטח ויועץ הביטוח. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תיחשב כהחלטת-ועדת הערר. מימון שכרו של המומחה יהיה על חשבון המבטח. מימון עלות נציג בעל הפוליסה יהיה על חשבון המבטח.
- 19.5. דיוני ועדת הערר יתנהלו במשרדי בעל הפוליסה בדלתיים סגורות והחלטותיה תתקבלנה ברוב דעות. הדיונים ינהלו בהליך מהיר ובלתי פורמאלי, ללא רישום פרוטוקול וללא מתן נימוקים בכתב, כאשר החלטותיה תחייבנה את המבטח הנבחר בלבד ולא את המבטח.
- 19.6. המבטח והמבטח יחתמו מראש על כתב התחייבות לפיו הפניה לוועדת הערר והחלטותיה חסויות ולא תשמש כראיה בבית משפט.
- 19.7. תקופת ההתדיינות בוועדת הערר לא תיכלל במניין ההתיישנות.
- 19.8. למען הסר ספק, אין בהחלטת וועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על-פי כל דין.

20. ברות ביטוח:

- מבוטחים שיצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, יהיו זכאים לבחור באחת משתי החלופות שלהלן:
- חלופה א':** לשמור על ברות ביטוח אשר משמעותה הינה כדלקמן: במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על-פי תנאי הסכם זה. במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ישלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל-50% מדמי הביטוח החודשיים כאמור בסעיף 9 להסכם אשר היו משולמים על ידו אם היה מבטח השווה בארץ. עם שובו של המבוטח ארצה יוכל המבוטח לשוב לביטוח למעמד של מבטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או בתקופת אכשרה, וזאת בתנאי שיודיע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא תוך 90 יום ממועד חזרתו ארצה, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים כאמור בסעיף 9 להסכם החל ממועד חזרתו ארצה.
- חלופה ב':** להמשיך ולהיות מבטח בביטוח כאמור בהסכם זה ובכפוף לתשלום דמי הביטוח במלואם כאמור בסעיף 9 להסכם וכל עוד השירותים הרפואיים המפורטים בהסכם יינתנו רק עם חזרתו ארצה או בעת שהותו בישראל.

21. התיישנות התביעות:

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

22. הצהרת בעל הפוליסה:

בהתאם להוראות סעיף 3(א)(1) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009, הרינו מצהירים ומתחייבים בזאת, כי לעניין היותנו בעל הפוליסה בביטוח זה, הננו פועלים באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

23. כללי:

- 23.1. כל ההודעות וההצהרות על-פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי אשר ייעשה בהסכם ביטוח זה, אלא לאחר שהצד השני אישר אותו בכתב.
- 23.2. המבטח מתחייב לשמור על סודיות של מידע סודי של בעל הפוליסה כגון אך לא רק: רשימות עובדים, פרטי ההסכם וכל מידע סודי אחר ולא לעשות בהן כל שימוש למעט לעניין יישומו של הסכם זה.
- 23.3. מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.
- 23.4. כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן כפי שפורטו לעיל:
- 23.5. כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.
- 23.6. על הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981. וכן תקנות וחוזרי ביטוח שפורסמו ע"י משרד האוצר.
- 23.7. בעל הפוליסה אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת כיסוי ביטוחי זה. בעל הפוליסה אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו עקב הצטרפותו להסכם זה. חבות המבטח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בהסכם זה המבוצעים במדינת ישראל או בחו"ל, בכפוף להוראות ההסכם ובלבד שהוכחה זכאותו של המבוטח.
- המבטח מתחייב בזאת כי במידה ותוגש כנגד לשכת עורכי הדין בישראל תביעה משפטית, בעילה של זכאות המבוטח לכיסוי הביטוחי על-פי הסכם לביטוח בריאות קבוצתי בין הצדדים מיום 1.12.2013 ("הסכם הביטוח"), תשפה הראל את בעל הפוליסה בסכומים שייפסקו נגדו בפסק דין סופי שאין עליו עיכוב ביצוע בקשר עם העילה כאמור. התחייבות זו לשיפוי כפופה לכך שבעל הפוליסה מסר להראל את הטיפול בתביעה המשפטית כאמור מיד עם קבלתה אצל בעל הפוליסה, שבעל הפוליסה שיתף פעולה בהגנה מפני התובענה כאמור, שבעל הפוליסה לא הודה בחבות ולא התפשר בלי קבלת הסכמת הראל לכך מראש ובכתב. הראל תישא בעלות ניהול ההגנה.

תוכנית הביטוח

פרק כללי - הגדרות לכל פרקי הפוליסה

1. הגדרות:

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הסכם ביטוח זה וכל נספחיו.

- 1.1 "הסכם הביטוח" חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין המבטח (הסכם לביטוח בריאות קבוצתי ופוליסת ביטוח בריאות קבוצתי), לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.2 "שנת ביטוח" תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.3 "בית חולים" מוסד רפואי המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- 1.4 "בית חולים פרטי" בית חולים בישראל או בחו"ל, כמוגדר בסעיף 1.3, אשר במסגרתו יכול המבוטח לבחור את הרופא המנתח.
- 1.5 "בית חולים מוסכם" בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו-1.4 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.6 "בית חולים שאינו מוסכם" בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו-1.4 לעיל, על-פי בחירת המבוטח, שאינו נמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.7 "מעבדה" מעבדה רפואית המוכרת על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית בה מבוצעות בדיקות דם, פתולוגיה, ציטולוגיה, גנטיקה או בדיקות רפואיות אחרות.
- 1.8 "ישראל" מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.9 "חו"ל" כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.10 "הסכם" הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין המבטח לבין נותן שרות כלשהו בקשר לביטוח זה.
- 1.11 "רופא מומחה" רופא שהוסמך על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום.
- 1.12 "מנתח" רופא אשר הוסמך ואושר על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה מנתח.
- 1.13 "מנתח הסכם" מנתח כמוגדר בסעיף 1.12, אשר שמו מופיע ברשימת המנתחים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.14 "מנתח אחר" מנתח כמוגדר בסעיף 1.12 לעיל, על-פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.15 "רופא מרדים" רופא אשר הוסמך ואושר על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.16 "רופא מרדים בהסכם" רופא מרדים כמוגדר בסעיף 1.15 לעיל, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.

- 1.17. "רופא מרדים אחר" רופא מרדים אחר כמוגדר בסעיף 1.15 לעיל, על-פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.18. "ייעוץ לפני ניתוח" ייעוץ עם רופאים מומחים, כאמור בסעיף 1.11 בעלי תעודת מומחה, הניתן למבוטח בגין צורך בביצוע ניתוח.
- 1.19. "חדר ניתוח" חדר המאושר על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.20. "אשפוז" שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח והקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 1.21. "אח/ות" אח/ות בעלי תעודות הסמכה של רשות מוסמכת בארץ או בחו"ל.
- 1.22. "שתל" כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית המושתלת לצורך רפואי, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, לרבות חומרי סיכון המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות. למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על-ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או נאמן למקור המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 1 להלן. **ההגדרה של שתל (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**
- 1.23. "ניתוח" פעולה פולשנית - חדיריתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמון כן, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפני ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח, למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים ע"י גלי קול ייחשבו ניתוח על-פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי ייחשבו כניתוח או ניתוח אחר על-פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד.

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

"ניתוח חירום" - ניתוח בלתי צפוי שבוצע במבוטח בדחיפות כאשר קבלתו לבית החולים הייתה דרך חדר המיון.

טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק מבוטח, לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: ביצוע הטיפול החלופי יביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהמבוטח נדרש לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, הרופא אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות ספציפית בתחום בו נדרש הטיפול, הרופא המבצע את הטיפול בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) ואשר רשומה כדין בפנקס המרפאות בישראל או בבית חולים או מרפאה בחו"ל. או לחילופין מצב בו נדרש הטיפול הרפואי ורופא מומחה ממליץ למבוטח שלא לבצע ניתוח מסיבות רפואיות או לחלופין כאשר לא קיים ניתוח שמאפשר טיפול במצבו הרפואי של המבוטח והטיפול הרפואי האפשרי הוא טיפול שאיננו ניתוח יוגדר הטיפול כבתחליף ניתוח.

1.24. "תחליף ניתוח"

רופא, אשר הוסמך ואושר על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.

1.25. "רופא"

בדיקות חודרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו-אקטיבי ו/או קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה ו/או בדיקות הדמיה, ובתנאי שהן בדיקות עזר לקביעת האבחנה וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוען. או בדיקות המבוצעות לאחר ניתוח במהלך האשפוז.

1.26. "בדיקות"

טיפול אשר ניתן על-ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על-ידי רופא מומחה.

1.27. "פיזיותרפיה"

מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בהסכם ביטוח זה על כל נספחיו, אשר בהתקיימה מקנה למבוטח תגמולי ביטוח.

1.28. "מקרה הביטוח"

טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של ועדת הליסינקי. השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש.

1.29. "טיפול ניסיוני"

1.30. "השתלה"

ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:
א. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.

ב. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.

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

הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.

1.31. "הוצאות מוכרות"

ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן וזאת על-פי אישורו של רופא מומחה, מטעם המבוטח, בתחום הספציפי בו נדרש המבוטח לבצע את הטיפול המיוחד בחו"ל.

1.32. "טיפול מיוחד בחו"ל"

1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.

2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.

3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל.

4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.

5. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.

6. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.

הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על-פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע. לא יכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני או טיפול לא קונבנציונאלי.

1.33. "המרכז הלאומי להשתלות"

יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל

1.34. "נותן שרות בהסכם"

ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על-ידי המבטח.

1.35. "בדיקה פתולוגית"

בדיקה מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים או את דרך הטיפול המיטבית בחולה או לבחון את מידת יעילות הטיפול שניתן לחולה.

שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ-24 שעות.

1.36. "יום אשפוז"

יועץ אשר ימונה על-ידי בעל הפוליסה המלווה את המבוטחים בביטוח הבריאות לבעל הפוליסה הזכות לבטל המנוי, להחליף היועץ בכל עת או לבטל את התפקיד.

1.37. "יועץ מלווה"

- 1.38. "המוטב" הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח. כהגדרתו בהסכם.
- 1.39. "המבוטח" תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים כהגדרתו בסעיף 10 לחוק הבריאות.
- 1.40. "שב"ן" חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.
- 1.41. "חוק הביטוח" חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
- 1.42. "חוק הבריאות" סוכנות ביטוח אשר תיבחר על-ידי בעל הפוליסה.
- 1.43. "סוכנות הביטוח" אישור תשלום מאושר כנאמן למקור כאשר אליו מלווה מסמך מגורם לו נמסרה הקבלה המקורית בו מצוין סכום השיפוי בגינו זוכה המבוטח בגין השירות הרפואי שקיבל.
- 1.44. "קבלה נאמן למקור" כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת הפוליסה ואשר יוכר על-ידי שר הבריאות כקופת חולים והודעה על הכרה זו תפורסם ברשומות, קופות החולים אשר הוכרו על-ידי שר הבריאות והודעה כאמור פורסמה ברשומות ובכלל זה, שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.45. "קופת חולים" ועדה לפי סעיף 2 לפרק א' להצהרת הלסינקי, הפועלת מכח תקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני-אדם), התשמ"א-1980, והמוסמכת לאשר בין השאר טיפולים ניסיוניים בבני אדם;
- 1.46. "ועדת הלסינקי" תקופה כמצוין בכל פרק מפרקי הפוליסה, המתחילה במועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח. מקרה ביטוח אשר אירע במהלך תקופת האכשרה יחשב כאלו אירע לפני מועד תחילת הביטוח.
- 1.47. תקופת אכשרה
- 1.48. 29/א אישור על-פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי.

2. חריגים כלליים:

- המבטח לא יהא אחראי ולא חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ:
- 2.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה במידה ומוגדרת בכל אחד מפרקי הפוליסה.
- 2.2. פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על-פי תנאי הפוליסה.
- 2.3. אלכוהוליזם למעט שימוש באלכוהול על-פי מקובלות חברתית.
- 2.4. שימוש בסמים, (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).
- 2.5. תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (אייДС) ו/או מחלה או תסמונת שהיא מוטציה או וריאציה שלה ובלבד שהיו קיימים אצל המבוטח נוגדנים למחלה לפני מועד תחילת הביטוח.

- 2.6. חשיפה כלשהי לקרינה גרעינית הנגרמת כתוצאה ממיזוג או היתוך גרעיניים.
- 2.7. מחלות נפש מטופלות במסגרת אשפוזית ו/או ניסיון התאבדות ו/או חבלה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 2.8. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא ייכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לטיפול בהזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל מסכרת או יתר לחץ דם, או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון וכל ניתוח אסתטי ו/או קוסמטי שיש לו אינדיקציה רפואית מובהקת; ניתוח אסתטי לתיקון צלקות לאחר כוויות, תאונות ניתוחים או שברים שנגרמו או בוצעו במהלך תקופת הביטוח כמו גם ניתוח לתיקון חיך שסוע, וניתוח לתיקון הידרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.
- 2.9. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות הקשורים בשיניים או בחניכיים ו/או טיפול שיניים למעט באם הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאיתו הוכרה.
- 2.10. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות ניסיוניים - המחייבים אישור של ועדת הלסינקי.
- 2.11. המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת כיסוי ביטוחי זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שייגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על-ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או על-ידי מעשה או מחדל של הנ"ל.
- 2.12. סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נטיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה (גורמי סיכון כגון לחץ דם גבוה, ערכי שומנים גבוהים בדם, ערכי סוכר גבוהים בדם) שאינם מטופלים ע"י תרופות} לא ייחשבו כמחלה לצורך סעיף זה) או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:
 א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.
 ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.
 "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.
- "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.
- הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל-פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך

הצטרפות המבוטח לביטוח הפרטי או הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים חופפים.

פרק א': השתלות בארץ ובחול

טיפול / ניתוחים מיוחדים בחול

1. מקרה ביטוח:

- 1.1. צורך מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה כפי שנקבע על-פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על-פי בחירתו בארץ או בחול.
- 1.2. צורך מתועד במסמכים רפואיים בביצוע טיפול מיוחד בחול כפי שנקבע על-פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

2. התחייבות המבטח:

- בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחול עפ"י ההסכם, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחול), כמפורט להלן:
- 2.1. לעניין להשתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא.
במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא הובת המבטח עד תקרה מרבית כמפורט בנספח גבולות אחריות המבטח - נספח 1. לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על-פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח-2008.
 - 2.2. לטיפול מיוחד בחול - הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים, בין אם הם מבוצעים בבית חולים שבהסכם ובין אם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי כמפורט בנספח 1.
 - 2.3. השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 2.1 ו-2.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:
 - 2.3.1. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחול לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחול, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנוקק לה המבוטח לפני ביצוע ההשתלה ולרבות כיסוי עלות הטיסות הלוך ושוב לחול למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה.
 - 2.3.2. הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחול. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחול.
 - 2.3.3. שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחול, לרבות פיזיותרפיה;
 - 2.3.4. בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שיידרשו בעת אשפוז;
 - 2.3.5. שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;
 - 2.3.6. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על-פי הוראת הצוות הרפואי.
 - 2.3.7. הוצאות אשפוז בחול, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 100 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחול או הטיפול המיוחד בחול ועד 300 ימים לאחר ביצועם.

- 2.4. הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 2.3:
- 2.4.1. הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 2.4.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד הסכום הנקוב בנספח 1.
- 2.4.3. כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 2.4.4. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 2.4.5. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד 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 הנקוב בנספח 1;
- 2.4.6. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.
- 2.4.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.4.8. הוצאות לטיפול המשך הנדרשים למבוטח שנעשים בארץ או בחו"ל מהשתלה או טיפול מיוחד המכוסה על-פי הסכם זה אשר בוצעה בחו"ל, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 2.4.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 2.4.10. תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת הסכום בנספח 1.
- 2.4.11. תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול. כמפורט בנספח 1.
- 2.4.12. כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 2.4.11-2.4.1 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 2.4.4, 2.4.5, 2.4.7 - הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על-פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה.
- 2.5. מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה (למעט השתלת קרנית ומח עצם עצמית) וטרם ביצע את ההשתלה ולא נקבע לו מועד ו/או מקום לביצוע ההשתלה, בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך הנקוב בנספח 1. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו

- הרפואי. המבטוח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה על-פי פרק זה.
- 2.6. עבר המבטוח את ההשתלה בחו"ל, (למעט השתלת קרנית ומח עצם עצמית) בכפוף להוראות חוזר ביטוח 2009-1-1 וכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על-פי פרק זה יקבל המבטוח פיצוי חד פעמי בגובה הנקוב בנספח 1. המבטוח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה על-פי פרק זה.
- יובהר כי הזכאות לפיצוי הינה על פי אחד מהסעיפים 2.5 או 2.6 בלבד. מבטוח שיקבל פיצוי על פי סעיף 2.5, לא יוכל לקבל פיצוי גם על פי סעיף 2.6 ולהיפך.
- למען הסר ספק, קיבל המבטוח פיצוי על-פי סעיף 2.5 או 2.6, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על-פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 2.1, 2.3 ו-2.4 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף 2.7 להלן.**
- 2.7. **גמלת החלמה לאחר השתלה:**
- עבר המבטוח השתלה המכוסה על-פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבטוח למבטוח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבטוח על-פי פרק זה, פיצוי חודשי לאחר השתלה בסך הנקוב בנספח 1 החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך הזמן הנקוב בנספח 1. נפטר המבטוח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשלום היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטוח במימון ההשתלה.
- 2.8. מבטוח הנמצא **בא.כ.ע** כתוצאה מניתוח לתרומת איבר לקרובו, יקבל פיצוי כמפורט בנספח 1 למשך 6 חודשים.
- 2.9. **טיפול ניסיוני בחו"ל:**
- נדרש המבטוח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על-ידי גורם שלישי - (להלן: "**מבצע הניסוי**"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטוח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה של המבטוח בחו"ל כדלקמן:
- 2.9.1. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלך וחזור במחלקת תיירים, למבטוח ומלווה אחד, במקרה והמבטוח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1;
- 2.9.2. נדרש המבטוח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 2.9.3. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבטוח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1; בכפוף לכך שניתנה למבטוח האפשרות לבצע את תיאום ההטסה והליווי באמצעות ספק שירות של המבטוח.
- 2.9.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבטוח ולמלווה אחד, במקרה והמבטוח קטין - שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.

פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.2. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על-ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לאשר באופן פרטני או כוללני שימוש ו/או יבוא תרופה, וכפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.3. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על-פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
- 1.4. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על-ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.5. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על-ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול את הצורך בטיפול התרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על-פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם יועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.6. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על-פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.7. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.8. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המוטב בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המוטב ורק לגבי הוצאות המוטב שמעבר להשתתפות זו.
- 1.9. **רופא בית חולים** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 1.10. **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.11. **פרסום רשמי** - אחד מהבאים:
 1. פרסומי ה-FDA
 2. American Hospital Formulary Service Drug Information
 3. US Pharmacopoeia-Drug Information
 4. Drugdex (Micromedex)
 5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על-ידי אחד מהבאים:
 - א. NCCN
 - ב. ASCO
 - ג. NICE
 - ד. ESMO Minimal Recommendation

2. מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי, עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על-ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו. או תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, לאינדיקציה (התוויה) רפואית שונה מזו שבגינה נדרשת התרופה למבוטח ובתנאי כי התרופה מותרת לשימוש במחלתו של המבוטח על-ידי רשות מוסמכת כלשהיא בלפחות אחת המדינות המוכרות ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו. מובהר כי אישור מכוח סעיף 29/ג לפקודת הרוקחים ייחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לתרופות הנדרשות לטיפול בסרטן. תרופה למחלה יתומה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") תהווה אף היא תרופה המכוסה על-פי תנאי פוליסה זו.

3. חבות החברה ותגמולי הביטוח:

- 3.1 החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בנספח 1 למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם. במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על-פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום הנקוב בנספח 1 לעניין סעיף זה למקרה ביטוח.
- 3.2 על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן, ובתנאי שעלות התרופה עולה על גובה השתתפות עצמית.
- 3.3 במקרה וקיבל המבוטח את התרופה משב"ן ושילם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבוטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.
- 3.4 מבוטח יפנה לאישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידי מרשם. לחילופין, לחברת הביטוח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל למבוטח ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.
- 3.5 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על-פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על-פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.
- 3.6 סכום הביטוח המרבי למבוטח שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד הסכום הנקוב בנספח 1 לכל תקופת ביטוח.
- 3.7 החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום הנקוב בנספח 1 ליום ועד 60 יום.

4. חריגים מיוחדים:

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

- 4.1.1 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר תכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.
- 4.1.2 תרופה ניסיונית.
- 4.1.3 תרופה מתחום רפואה משלימה.
- 4.1.4 תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות.
- 4.1.5 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 4.1.6 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוטמינים ו/או חיסונים (למעט במקרה ואירע מקרה הביטוח, טופל ונדרש לקבל חיסון או טיפול תרופתי למניעת הישנות המקרה) ו/או תוספי מזון ו/או גמילה מעישון. למען הסר ספק, מובהר כי תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים (להלן: "תוספי מזון") שהצורך בהם נקבע על-ידי רופא מומחה, בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח, לא ייכללו במסגרת החריגים לפרק זה.
- 4.1.7 טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למוטב בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
- 4.1.8 המבטח לא יהא אחראי לגבי מבוטח שביום כניסת הביטוח לתוקף לגבי אותו מבוטח השתמש או קיבל מרשם לתרופה המכוסה על-פי פרק זה. בתום שנה ממועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח חריג זה יבוטל ויהיה המבוטח זכאי לכיסוי ביטוחי מלא.

5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל:

החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל-183 יום בשנה למעט באם השהייה היא במסגרת ניתוח, ו/או השתלה שמכוסים ע"י המבטח. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמסוכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

פרק ג': כיסוי לניתוחים בחו"ל

וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הכיסוי הביטוחי:

1.1. מקרה הביטוח:

ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח במהלך תקופת הביטוח. תנאי מוקדם להתחייבות המבטח הוא אישורה מראש ובכתב למבוטח את זכאותו לביצוע ניתוח. במידה ולא אושרה זכאותו לניתוח מראש, יקבל שיפוי בגובה 200% מעלות ספקי הסכם של המבטח בחו"ל או 200% מעלות ניתוח בבית חולים הדסה - הגבוהה ביניהם.

1.2. הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח:

בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנוותן השירות ו/או ישפה את המבוטח באורח מלא וישיר עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח, וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על-ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז עד סכום הביטוח המרבי המפורט בנספח 1.

2. הוצאות נלוות:

2.1. בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:

2.1.1. כיסוי להוצאות הטסה רפואית:

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית כמפורט בנספח 1 להלן. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגילי או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל-פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

2.1.2. כיסוי להוצאות טיסה ושהייה בחו"ל:

במקרה של ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין- שני מלווים), לכל תקופת האשפוז ואת הוצאות הטיסה של המבוטח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.

2.1.3. כיסוי להוצאות הטסת גופה:

המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 3 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל.

2.1.4. כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:

מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד סכום ביטוח כמפורט בנספח 1.

2.1.5 כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח:

בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול הרפואי שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות שהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים) לתקופה של 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.

3. חריגים מיוחדים בנוסף לחריגים הכלליים בפוליסה:

3.1. חריג פריון ו/או עקרות.

פרק ד': כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים

מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מ"שקל ראשון"

מקרה הביטוח: ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח בישראל במהלך תקופת הביטוח.

1. ההוצאות המכוסות בגין ביצוע ניתוח:

1.1. שכר מנתח בבי"ח פרטי:

בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות רופא שבהסכם עם המבוטח, יהיה זכאי לכסוי מלא ללא תקרת סכום שיפוי של עלות הרופא/ים. בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות רופא אחר, ישפה המבוטח את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן מקור, בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל על-ידי המבוטח בגין שכר טרחת הרופא ובלבד שתקרת השיפוי תהיה לפי הסכום שהיה משולם על-ידי המבוטח למנתח בהסכם עד תקרת הסכום הגבוה ביותר המשולם למנתח שבהסכם מבין ההסכמים שיש למבטח עם רופאי הסכם.

1.2. שכר רופא מרדים:

כיסוי הוצאות הרופא המרדים בגין הרדמה שבוצעה במבוטח בעת ניתוח פרטי לרבות בגין בדיקה קדם ניתוחית, בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות מרדים שבהסכם עם המבוטח, יהיה זכאי לכסוי מלא ללא תקרה של עלות המרדים. בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות מרדים אחר, ישפה המבוטח את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן מקור, בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל על-ידי המבוטח בגין שכר טרחת המרדים ובלבד שתקרת השיפוי תהיה לפי הסכום שהיה משולם על-ידי המבוטח למרדים בהסכם, בגין אותו ניתוח או ניתוח דומה או זהה.

1.3. אשפוז בבית חולים במקרה ניתוח פרטי:

כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים פרטי, לרבות שהות בטיפול נמרץ, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, בדיקות אבחון והדמיה, תרופות לרבות תרופות אשר אינן כלולות בסל הבריאות, וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על-ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז וכל זאת עד תקרת הסכום הגבוהה ביותר המשולמת לספק שבהסכם.

במידה ובית החולים לא יממן את ההוצאות הנ"ל, ישלם המבוטח ויקבל מהמבוטח יפוי כוח לתבוע את בית החולים על זכאותו.

1.4. הוצאות חדר ניתוח בבית חולים פרטי:

כיסוי הוצאות עבור חדר ניתוח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע למבוטח ועד תקרת הסכום הגבוהה ביותר המשולמת לספק שבהסכם.

1.5. הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:

המבוטח ישלם ישירות לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח פרטי, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח ועד תקרת הסכום הגבוהה ביותר המשולמת לספק שבהסכם. יובהר כי החזר ההוצאות בגין סעיפים 1.3 עד 1.5, יהיה עד תקרת החזר הגבוהה ביותר לספקי הסכם.

1.6. ביצוע ניתוח ללא השתתפות המבוטח:

בוצע ניתוח בבי"ח פרטי או ציבורי, ללא השתתפות המבוטח, ישלם המבוטח למבוטח פיצוי לכל יום הקשור לניתוח החל מיום האשפוז לניתוח כמפורט בנספח 1 להלן.

2. כיסויים נוספים בגין מקרה ביטוח:

מבוטח אשר עבר ניתוח או תחליף ניתוח על-פי הוראות פרק ג' או פרק ד' לעיל או פרק ה' להלן, בנוסף לכיסוי ההוצאות הרפואיות כמפורט בפרק ג' או ד' או ה' בהתאמה, יהיה זכאי לכיסוי בגין השירותים המפורטים להלן בסעיפים 2,3, עד סכום הביטוח המצוין בנספח 1 לכל סעיף וסעיף.

2.1. התייעצויות עם רופאים מומחים לפני ואחרי ניתוח:

המבטח ישפה את המבוטח בגין שתי התייעצויות לפני הניתוח ושתי התייעצויות אחרי הניתוח, אצל רופא מומחה שיבחר ע"י המבוטח ועל-פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח ההתייעצות/יות גם אם בסופו של דבר יוחלט שלא לבצע את הניתוח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצות/יות עד תקרה כמפורט בנספח 1 ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות הכוללת. ירוש המבוטח מהמבטח שיפיו רק בגין חלק מעלות התייעצות יקוזז הסכום עליו ויתר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם.

2.2. תותבת-אביזר מושלם (למעט תותבת שיניים):

בוצע במבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי ניתוח או תחליף ניתוח או טיפול רפואי אחר, ובמהלכו הושלם המבוטח שתל, ישתתף המבטח בעלות השתל הנ"ל עד לתקרה כמפורט בנספח 1 להלן, כנגד מסירת חשבונית מס מקורית או העתק נאמן למקור ולא יותר מההוצאה בפועל אשר הוציא המבוטח. למען הסר ספק, יובהר כי בגין עדשה מולטי פוקאלית המושלמת במהלך ניתוח קטרקט, ישא המבוטח בתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 25% מעלות העדשה

2.3. אחות/פרטית/לאחר ניתוח:

כיסוי לשכר אחות/פרטית/לאחר ניתוח עד לסך כמפורט בנספח 1 להלן ועד 14 ימי אשפוז. התשלום ישולם כנגד הגשת קבלות מקוריות או נאמן למקור או לחילופין הצהרה של האחות או אשור בית החולים בדבר ביצוע השמירה הפרטית.

2.4. שירותי הסעה באמבולנס:

החזר הוצאות למבוטח בגין שירותי אמבולנס של מגן דוד אדום או של חברה אחרת - עד לתקרה של 150% מתעריף מד"א, עבור העברתו של המבוטח לבי"ח פרטי בישראל או ממנו או העברתו בין בתי-חולים בישראל עקב ניתוח בבי"ח פרטי או בי"ח ציבורי אחר בישראל.

2.5. בדיקות מעבדה:

בדיקות מעבדה ובדיקות אבחון הנדרשות לצורך ביצוע הניתוח ואשר בוצעו טרם האשפוז או במהלך האשפוז. המבוטח זכאי לשיפוי גם אם הניתוח לא בוצע ובתנאי שהבדיקות בוצעו בהנחיית רופא מנתח כהכנה לניתוח, ועד סכום ביטוח מרבי של כמפורט בנספח 1.

3. כיסויים ייחודיים לפרק הניתוחים:

3.1. תשלום במקרה מוות כתוצאה ישירה ובלעדית במהלך ניתוח:

נפטר המבוטח בעת ניתוח או במהלך 14 ימים מהיום בו עבר ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה, כתוצאה ישירה ובלעדית מביצוע הניתוח, ישלם המבטח ליורשיו של המבוטח על-פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה פיצוי בסך המפורט בנספח 1 להלן.

3.2. אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה ישירה ובלעדית מניתוח (למבוטח מעל גיל 21 ולא יותר מגיל 70)

המבטח ישלם למבוטח, במקרה של אובדן כושר עבודה מלא, זמני או קבוע, שנגרם כתוצאה ישירה ובלעדית מניתוח, פיצוי חודשי כמפורט בנספח 1 להלן, לאחר 30 ימי המתנה ולתקופה מרבית בת 12 חודשים.

מובהר כי במקרה של אובדן כושר עבודה כאמור לעיל, המבטח ישחרר את המבוטח ו/או את בעל הפוליסה מתשלום דמי הביטוח, כל עוד יימצא המבוטח במצב של אובדן כושר עבודה.

- 3.3. מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת איידס או הפטיטיס B:
 נדבק המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח או בעת אשפוז לקראת ניתוח המכוסה בפרק זה, יהיה זכאי למענק חד פעמי בסך הנקוב בנספח 1, ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח. נדבק המבוטח בהפטיטיס B כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח המכוסה בפרק זה, יהיה זכאי למענק חד פעמי בסך הנקוב בנספח 1, ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר עינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.
- 3.4. טיפולים שיקום אחרי ניתוח:
 המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולי שיקום לאחר ניתוח ועל-פי הוראת רופא, כמפורט להלן: טיפול שיקומי, פיזיותרפיה, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק והידרותרפיה כמפורט בנספח 1.
- 3.5. פיצוי בגין אשפוז ארוך:
 מבוטח שביצע ניתוח, והיה מאושפז לתקופה העולה על 10 ימים לאחר ביצוע הניתוח, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי כמפורט בנספח 1.
4. חריגים מיוחדים לפרק זה:
 בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:
- 4.1. ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים.
- 4.2. טיפולי פיזיותרפיה, טיפולים אלטרנטיביים וכימותרפיה לא ייחשבו כתחליף ניתוח על-פי הוראות פרק זה.
- 4.3. פיריון ו/או עקרות.
5. תנאים מיוחדים לפרק זה:
 המבטח לא יהא אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

פרק ה': כיסוי מורחב לניתוחים בארץ

מעבר לשב"ן וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

1. מבוטח שברשותו שב"ן (חברות באחת מתוכניות לשרותי בריאות נוספים בקופ"ח) ורכש כיסוי לפרק זה "משלים שב"ן":

1.1 בקרות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבטח בגין **מלוא הוצאותיו** עבור ניתוח או תחליף ניתוח שעבר בישראל, ובלבד שהוכר על-ידי השב"ן שברשותו. המבטח ישופה כאמור לעיל, בגין כל ההוצאות בפועל (לרבות תשלומי השתתפות עצמית) שהיו לו עבור הניתוח שעבר כמפורט בסעיף 1 לעיל בפרק ד' "ההוצאות המכוסות בגין ביצוע ניתוח", מעבר להוצאות שכוסו ושולמו בגין הניתוח על-ידי השב"ן בו הוא חבר.

יובהר כי ההוצאות שיקוסו יהיו לאחר קיזוז הכיסוי שניתן במסגרת השב"ן ועד התקרות כמפורט בכל סעיף וסעיף.

1.2 במידה והשב"ן לא הכיר בניתוח או בתחליף הניתוח ולא מימן את עלותו או שאישור הניתוח מתעכב למעלה מ-21 ימי עבודה לאחר שהמבטח שיתף פעולה עם המבטח, יהיה זכאי המבטח לעבור את הניתוח על-פי הוראות פרק ד' לעיל. בכפוף לכך שיציג בפני המבטח אישור בו מצויין שהשב"ן אינו מכיר ו/או אינו מכסה, ניתוח זה למבטח בחלקו או במלואו.

1.3 המבטח ישופה כנגד חשבונית מס, מקורית או "העתק נאמן למקור", המעידה על התשלום ששילם בגין ההוצאות הרפואיות הכרוכות בניתוח, מעבר לכיסוי אשר ניתן על-ידי השב"ן.

1.4 יבקש המבטח לעבור הניתוח אצל רופא אשר אינו מוכר על-ידי השב"ן אולם נמצא בהסכם עם המבטח (רופא הסכם), יוכל לעבור את הניתוח אצל אותו הרופא, בתאום עם המבטח. שכר טרחתו של הרופא יכוסה במלואו על-ידי המבטח בניכוי השתתפות השב"ן, עלויות ביה"ח והאשפוז יכוסו על-ידי המבטח בניכוי השתתפות השב"ן.

1.5 בוצע ניתוח בבי"ח ציבורי, ללא השתתפות המבטח, ישלם המבטח למבטח פיצוי כמפורט בנספח 1 להלן.

1.6 יובהר כי הכיסוי הביטוחי לפי סעיפים: 2 "כיסויים נוספים בגין מקרה ביטוח", 3 "כיסויים ייחודיים לפרק הניתוחים" בפרק ד' לעיל, יכוסו בהתאם לסכומי הביטוח המצויינים בנספח 1 בלא קשר לכיסוי הניתוח ע"י השב"ן.

1.7 יובהר כי השיפוי בגין תחליף ניתוח בכל מקרה לא יעלה על עלות הניתוח אותו הוא מחליף.

1.8 מבוטח בעל שב"ן שגיש תביעה לניתוח אשר אינו מכוסה עקב הגדרת מצב לקוי קיים בשנה הראשונה להצטרפותו לביטוח, יוכל לממש את זכאותו במסגרת הזכאות לכיסוי לבעלי שב"ן ובתנאי שישתמש בבתי חולים שבהסכם ומנחתי הסכם של השב"ן בו הוא עמית, המבטח ישלם את ההשתתפות העצמית של המבטח בגין אותו ניתוח.

2. ברות ביטוח

2.1 הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבטח בתוכנית השב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "**הפסקת השב"ן**") ו/או המבטח נמצא בתקופת אכשרה בתוכנית השב"ן אליה הצטרף, תפקע חובתו של המבטח שעל-פי נספח זה ממועד הפסקת השב"ן והמבטח יבטח אוטומטית בכיסוי עפ"י כיסוי לניתוח "משקל ראשון", לתקופה בת 90 ימים. המבטח רשאי במהלך 90 הימים האמורים, לפנות למבטח בכתב ולבקש להצטרף לכיסוי עפ"י כיסוי "שקל ראשון" וזאת החל ממועד הפסקת חברותו של המבטח בשב"ן. במקרה זה, לא תידרש מהמבטח כל תקופת אכשרה ו/או הצהרת בריאות. מובהר כי מבטח אשר ארע לו מקרה ביטוח במהלך 90 הימים האמורים לעיל, יהא זכאי לכיסוי על-פי התנאים הקבועים בכיסוי משקל ראשון והכל תוך תשלום דמי הביטוח בגין התקופה שעברה ממועד הפסקת חברותו של המבטח בשב"ן.

2.2. מודגש, כי מבוטח אשר לא פנה לחברת הביטוח במהלך 90 הימים האמורים, להסדרת צירופו לכיסוי, יהא זכאי בתום 90 הימים הנ"ל, בעת קרות מקרה ביטוח, לקבלת תגמולי הביטוח על-פי כיסוי משלים שב"ן בלבד. מובהר כי צירופו לכיסוי "שקל ראשון" בתום התקופה יהא כרוך במילוי הצהרת בריאות והכל בתנאי שפוליסה של המבטח, על כל נספחיה, הנה בתוקף.

3. חריגים מיוחדים לפרק זה:

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

3.1. ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים.

3.2. טיפולי פיזיותרפיה, טיפולים אלטרנטיביים וכימותרפיה לא יחשבו כתחליף ניתוח על-פי הוראות פרק זה.

3.3. פריון ו/או עקרות.

4. תנאים מיוחדים לפרק זה:

המבטח לא יהא אחראי לכל נזק שייגרם למבטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבטח ו/או הפנייתו ע"י המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

פרק ו': שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות אלו הן בנוסף להגדרות הכלליות בפרק המבוא ולהגדרות שלעיל:

1.1 "בדיקות רפואיות אבחנתיות" - בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T) וכל בדיקה אבחנית אחרת הנדרשת על-פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ומניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו.

1.2 "ניתוח גדול" - ניתוח גדול כהגדרתו במסגרת פרק זה הוא: השתלה, ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.

1.3 "בדיקות ושירותים להריון" -

1.3.1 בדיקת חלבון עוברי.

1.3.2 בדיקת שקיפות עורפית.

1.3.3 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.

1.3.4 סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר.

1.3.5 בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שלה.

1.3.6 מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.

1.3.7 בדיקת אקו לב של העובר.

1.4 "בדיקות לסיקור גנטי לפני הריון" -

סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.

2. **מקרה הביטוח** - המבטח ישפה את המבוטח/ת ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. התחייבות המבטח

3.1 התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:

המבטח ישפה את המבוטח בגין שלוש התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה לרבות גנטיקאי ופרמקולוג בשנת ביטוח, ועל-פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצויות/יות עד תקרה כמפורט בנספח 1 ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות הכוללת של התייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות התייעצות יקוזז הסכום עליו ויותר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון בהתקיים בעיה רפואית אבל לא במעקב שגרה והתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד אבל לא במעקב של שגרה.

3.2 בדיקות ושירותים להריון לרבות סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי:

המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בגין הוצאות שהוציא בפועל בגין בדיקות הריון כמוגדר בסעיף 1.4 לעיל, בדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.5 ובדיקות גנטיות כולל יעוץ גנטי וציפ גנטי בהלך ההיריון או לאחריו, עד לסכום המפורט בנספח 1 לכל הריון.

- 3.3 הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפיגין או טכנולוגיה דומה:**
 המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפיגין או טכנולוגיה דומה עד סכום הביטוח המצוין בנספח 1.
- 3.4 כיסוי הוצאות נלוות להריון ולידה:**
 המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שנגרמו לו עבור השירותים המפורטים להלן ולא יותר מהסכום המצוין בנספח 1.
- 3.4.1 בית החלמה לאחר לידה: המבטח ישלם למבוטח/ת תגמולי ביטוח בגין שימוש בשירותי בית החלמה / מלונית לאחר לידה, ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.4.2 מיילדת פרטית: לידה בעזרת מיילדת פרטית בחדר לידה בבית חולים. הגדרתה של מיילדת פרטית לסעיף זה הינה: אח או אחות אשר הוסמך/כה על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כאח/אחות מילדת.
- 3.5 שאיבה והקפאת ביציות:**
 כיסוי בכפוף למכתב מרופא מומחה המפרט את הצורך בשאיבה והקפאת ביציות.
- 3.6 טיפולי הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל:**
 המבטח ישפה את המבוטח ב-80% מהסכום ששילם בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי הפריה חוץ גופית (I.V.F.) ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריון בישראל, וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1. יכוסו עד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני ההורים מבוטחים בפוליסה זו ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.
- 3.7 טיפולים אונקולוגיים:**
 המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, על-פי האמור בנספח 1. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.
- 3.8 טיפולי פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים:**
 המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי ו/או ההידרותרפי עד הסכום הנקוב בנספח 1 ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא אורטופד מומחה.
- 3.9 בדיקות רפואיות אבחנתיות:**
 המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות ביצוע בדיקות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב לשם אבחון בעיה רפואית.
- 3.10 בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות:**
 בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: מניעת מחלה, אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או מינון, סוג התרופה וכדומה. זכאות לקבלת כיסוי לרבות במקרה שבעקבות מחלה תורשתית של קרוב משפחה ו/או היסטוריה משפחתית ו/או ביצוע בדיקות גנטיות במבוטח ללא מחלה לפני קבלת טיפול מונע.
 כולל בדיקות במעבדת oncotest בעקבות גילוי של גידול ממאיר בגופו.

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מהסכום הכולל הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.11 טיפול ע"י מקרופאגים:

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת, ולא יותר מהסכום המפורט בנספח 1 להלן.

3.12 מנוי לשרותי משדר קרדילוגי:

המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשרותי משדר קרדילוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על-פי אישור רופא למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 1 לחודש ועד 24 חודשים.

3.13 התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב:

המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על-פי הוראה רפואית, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 1 ועד 9 חודשים.

3.14 שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול:

המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה (מוסד שיש בו השגחה רפואית של אחות ו/או רופא מטעם המוסד) בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על-פי הוראה רפואית וזאת רק אם השהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים, עד הסכום הנקוב בנספח 1 ליום ועד 14 יום.

3.15 טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה כולל מכשיר דנטלי ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה.

3.16 שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי: או טיפול ב-amblyopia

המבטח ישתתף בהוצאות טיפול בהיות המבוטח במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה כולל ריפוי בעיסוק ו/או amblyopia וזאת עד הסכום הנקוב בנספח 1 ועד 12 טיפולים

3.17 אחות פרטי/ת:

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אחות פרטי/ת, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מהסכום המצוין בנספח 1 לכל יום ועד 14 ימים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 20% מההוצאה.

3.18 אביזר רפואי:

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר עד 80% ולא יותר מהנקוב בנספח 1. החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Ararscol), מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורט וקונוס, שתל קוכולארי

ו/או נעלים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות ו/או לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.

3.19. **חדר מלח:**

המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור. בכפוף להפניית רופא מומחה. עד 12 טיפולים בשנה ועד סכום ביטוח כמצוין בנספח 1

3.20. **פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח:**

מבוטח אשר יאושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על-ידי המבטח בפיצוי יומי החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 יום כמצוין בנספח 1.

3.21. **שימור דם טבורי:**

המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל עבור איסוף ושימור דם טבורי, וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1 ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית.

3.22. **שיקום הליכה ויציבה:**

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או אביזר דומה, לטיפול בהפרעה ניורולוגית או אורתופדית הפוגמת ביכולת ההליכה של המבוטח כתוצאה מפגיעה מוחית. מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום ובכפוף לאמור בנספח 1.

3.23. **כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל:**

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, על-פי האמור בנספח 1, לפי הנמוך מביניהם, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.24. **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:**

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכימיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת או אפי הטיפול לא הוא נדרש. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח על-פי האמור בנספח 1, לפי הנמוך מביניהם, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.25. **התייעצות עם רופא מומחה במחלה קשה:**

המבטח ישפה את המבוטח בגין שתי התייעצויות עם רופא מומחה בעת התרחשות האירועים הבאים:
סרטן, אי ספיקת כליות, טרשת נפוצה, עיוורון, שבץ מוחי, התקף לב ונכות מלאה ותמידית.

4. שיפוי שב"ן:

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי מקופת חולים ו/או השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים המפורטים בנספח 1.

5. תקופת אכשרה:

לסעיפים 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.25 - 180 יום.

פרק ז': כתבי שירות

המבוטח יהיה זכאי לקבלת השירותים על-פי כתיב השירות המצוינים להלן ועל-פי התנאים שנקבעו בין המבוטח לספק השירות. מוקד השירות יופעל ע"י ספק השירות כפי שייבחר ע"י המבוטח.

1. מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה:

- 1.1 **השירות:** המנוי יהא זכאי לקבל שירותי מידע ושירותים נוספים כמפורט להלן:
 - 1.1.1 **שירותי מידע ברפואת ילדים** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת ילדים על-ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת ילדים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
 - 1.1.2 **שירותי מידע ברפואת משפחה** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת משפחה על-ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת משפחה, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
 - 1.1.3 **שירותי מידע ברפואת נשים** - מתן מידע טלפוני כללי על מחלות זיהומיות בתחום רפואת נשים, מידע כללי על בדיקות שונות במהלך ההריון, מידע על בריחת סידן מהעצם, וזאת על-ידי רופא מומחה ברפואת נשים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
 - 1.1.4 **שירותי מידע ברפואה גריאטרית** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום הגריאטריה, על-ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואה גריאטרית, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
 - 1.1.5 **שירות פסיכולוגי - "קו חם"** - סיוע פסיכולוגי טלפוני בנושאי ילדים, נשים ומשפחה, לרבות גיל ההתבגרות, התמכרויות שונות והמשך לימוד במסודות חינוך, על-ידי פסיכולוג, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
 - 1.1.6 **שירותי מידע לדיאטה ותזונה נכונה** - מתן מידע טלפוני בתחום הדיאטה והתזונה, על-ידי דיאטן קליני או תזונאי הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.
- 1.2 **היקף שירותי המידע:**
 - 1.2.1 מובהר במפורש, כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותי מידע טלפוני בלבד, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם יינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שיחה טלפונית וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים.
 - 1.2.2 מובהר, כי שירותי המידע אינם בגדר שירותי חירום, וכי אין הם באים להחליף התייעצות פנים מול פנים, בכל מקום שהיא דרושה.
 - 1.2.3 מוקד השירות של ספק השירות יופעל לקבלת פניות של מנויים לקבלת שירותי המידע על-פי כתב שירות זה במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.
 - 1.2.4 שירותי המידע יינתנו בהקדם האפשרי, ולא יאוחר מ-30 דקות ממועד הפנייה של המנוי למוקד השירות.
 - 1.2.5 שירותי המידע יינתנו ללא כל הגבלה של מספר הפניות של המנוי.

1.3 כללי:

1.3.1

נזקק המנוי לשירותי המידע כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון שפורסם ע"י המבטחת, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומס' תעודת הזהות של המנוי.

1.3.2

מוקד השירות יקשר את המנוי לנותן השירות הרלוונטי לאחר שיוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את שירותי המידע על-פי כתב שירות זה.

1.3.3

מחויבותה של ספק השירות כלפי המנוי בטיפול בפנייה של מנוי לקבלת שירותי המידע תסתיים במקרה של ביטול הפנייה לקבלת איזה מהשירותים לעילי ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.

1.3.4

ספק השירות אינו אחראי לגבי כל אחד מהעניינים הבאים: איכות שירותי המידע נשוא כתב שירות זה, רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה, הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול החורג משירותי המידע המפורטים בכתב שירות זה.

1.3.5

מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל מובהר, כי ניתן שירותי המידע, שיתן בפועל את שירותי המידע, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן שירותי המידע, אם בשל מעשה ו/או בשל מחל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ספק השירות ו/או חברת הביטוח אינן המעסיקות של נותני שירותי המידע והן לא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

2. יעוץ מקצועי ומידע למימוש זכויות רפואיות וסיעודיות:

2.1

המנוי יהיה זכאי לשירותי יעוץ מקצועי למימוש זכויות מספק השירות או מי שיקבע על-ידי חברת הביטוח, במקרה של תביעה בתחום הבריאות או הסיעוד מקופת החולים בה הוא חבר או במסגרת הביטוח המשלים.

2.2

נוהל קבלת שירות:

2.2.1

המנוי יקבל תוך 24 שעות ממועד העברת כל המסמכים אשר נדרשו על-ידי מוקד השירות, מספק השירות חוות דעת כתובה לגבי הדרך הטובה והיעילה ביותר, בה עליו לנהוג על מנת לממש את זכאותו על-פי חוק הבריאות או הביטוח המשלים.

2.2.2

השירות על-פי כתב שירות זה לא כולל כתיבת חוות דעת לצורכי ייצוג משפטי או חוות דעת לטובת מוסדות אחרים ולא כולל הופעה בבית משפט או בכל פורום אחר לצורך מתן עדות עד מומחה ולא כולל עלות טיפול בתביעה מול חברת הביטוח או קופת החולים.

2.2.3

השירות אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית כלשהי.

3. יעוץ למיצוי זכויות כספיות הנובעות ממחלה או תאונה או סיעוד:

3.1

המנוי יהיה רשאי לקבל שירות של יעוץ לבחינת הזכאות להחזר מס, לקבלת פטור ממס, או קבלת נקודות זיכוי, לרבות זכויות המגיעות לו מהביטוח הלאומי, כפועל יוצא ממחלה או תאונה או סיעוד.

3.2

מאחר ופעמים רבות נוצרות זכויות כספיות נוספות, מעבר לזכויות מול חברת הביטוח מוצע למנוי שירות לבחינת זכויותיו הנובעות ממחלה או תאונה. המנוי יהיה זכאי לבחינת זכאותו זמנית או קבועה בהיבטים הבאים:

3.2.1

ביטוח לאומי: נכות מעבודה (במקרה של תאונה הנחשבת לתאונת עבודה) נכות כללית - קבלת תגמולי נכות מהביטוח הלאומי.

- 3.2.2 **ביטוח לאומי:** זכויות אחרות בביטוח הלאומי, לרבות: מעשי איבה, נכה נזקק, תקנה 15, גמלת שירותים מיוחדים, חוק הסיעוד.
- 3.2.3 **קרן הפנסיה:** פנסיית נכות - קבלת תגמולי פנסיית נכות מקרן הפנסיה שלו.
- 3.2.4 **משרד הביטחון:** חוק הנכים (תגמולים ושיקום) - קבלת תגמולים מקצין התגמולים במשרד הביטחון.
- 3.2.5 **ניידות:** גמלת ניידות - זכאות ממשרד הבריאות.
- 3.3 מנוי זכאי המעוניין בקבלת השירותים הנ"ל, יפנה למוקד השירות ויפנה לספק השירות לצורך קבלת ייעוץ מיסוי והערכה מקצועית לגבי הסיכוי לקבלת נקודות זיכוי וההסתברות של המנוי לקבלת החזרי מס או פטור ממס (זמני או קבוע).
- 3.4 מובהר כי הייעוץ לעניין מס הכנסה כולל פגישה אישית עם נותן השירות, במסגרתה יינתן למנוי הייעוץ בעניין המקרה המזכה כאמור לעיל לרבות מסמך מסכם כתוב. השירות על-פי כתב שירות זה לא כולל ייצוג משפטי בבית המשפט או ייצוג בפני רשויות המס השונות או הביטוח הלאומי אלא ייעוץ מקצועי בלבד.
- 3.5 השתתפות עצמית לקבלת השירות תהיה בגובה 150 ש. ההשתתפות העצמית תשולם במועד פגישת הייעוץ.

4. מתן מידע לגבי רופאים המומחים למצב הרפואי של המנוי:

- 4.1 מתן מידע לפחות לגבי שלושה רופאים בישראל המומחים למצב הרפואי של המנוי.
- 4.2 מנוי אשר מעוניין בשירות, יפנה למוקד ימסור את פרטי המצב הרפואי ויקבל תוך 24 שעות רשימה של שלושה רופאים מומחים.
- 4.3 בחירת הרופא המנתח תעשה בלעדית על-ידי המנוי ועל אחריותו.
- 4.4 השירות אינו כרוך בתשלום של השתתפות עצמית.

5. שירות ביקור רופא לילי:

5.1 השירות

- 5.1.1 המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם (להלן - "שירות ביקור רופא לילי"). שירות ביקור רופא לילי יינתן בביתו של המנוי או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המנוי הנוקד לשירות, או שהמנוי הנוקד לשירות יופנה לקבלת שירות ביקור רופא לילי באחד ממוקדי שירות ביקור רופא לילי המופעלים על-ידי ספק השירות, הנמצא בסמוך למקום הימצאו (להלן - "המוקד הרפואי"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכל לפי בחירת המנוי (ובכפוף לשעות הפעילות של המוקדים הרפואיים כאמור להלן).
- 5.1.2 המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט להלן: מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי, בדיקה גופנית של המנוי לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ-דם, הכל כפי שיידרש על-פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, קביעת אבחנה רפואית, בדיקת א.ק.ג. באמצעות קרדיו-ביפר על-פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, קבלת תרופות ראשוניות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/רופא ילדים המטפל במנוי באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, הפניית המנוי לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, מתן תעודה רפואית.
- 5.1.3 פינוי חינוך באמבולנס - במקרה שרופא ההסכם שבדק את המנוי בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על-פינוי באמבולנס, ישלם ספק השירות למנוי

את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל במקור בלבד, ובתנאי שהמנוי אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא מוטב.

5.2. כללי

- 5.2.1 שירות ביקור רופא לילי על-פי כתב שירות זה יינתן כל ימות השנה מהשעה 20:00 עד 07:00 למחרת. בימי ו' וערבי חג שירות ביקור רופא לילי יינתן ברציפות מהשעה 20:00 ביום ו'/וערב החג ועד השעה 07:00 ביום א'/היום שלמחרת החג. כל קריאה לקבלת השירות צריכה להיות מופנית למוקד השירות לא לפני השעה 20:00 ולא יאוחר מהשעה 06:00.
- 5.2.2 המוקדים הרפואיים יופעלו בין השעות 20:00 עד 24:00 ובשבתות וחגים גם בין השעות 10:00 עד 14:00.
- 5.2.3 שירות ביקור רופא לילי לא יינתן בערב יום כיפור וביום כיפור עד שעתיים לאחר תום הצום.
- 5.2.4 נזקק המנוי לשירות רפואי לילי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, מקום הימצאו, שם המנוי ומס' הטלפון של בית המגורים של המנוי (המהווה את מספר המנוי של המשפחה המנויה אצל ספק השירות).
- 5.2.5 שירות ביקור רופא לילי יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.
- 5.2.6 שירות ביקור רופא לילי ניתן בכל מקום ישוב בישראל למעט יהודה, שומרון וחבל עזה, אך לרבות מעלה אדומים, אריאל, בית אריה, אורנית ושערי תקווה. ברמת הגולן שירות ביקור רופא לילי יינתן בקצרין או בכל מקום ישוב אחר באזור, כאשר המנוי הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבוננו אל רופא ההסכם לפי כתובת שתימסר לו על-ידי מוקד השירות.
- 5.2.7 עם תום הביקור יחתום המנוי או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ערך את ביקור הבית בבית החולה או נתן את שירות ביקור רופא לילי במוקד הרפואי.
- 5.2.8 בחר המנוי לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע החולה למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבוננו.
- 5.2.9 שירות ביקור רופא לילי, יינתן כנגד תשלום דמי השתתפות עצמית בסך של 25 ₪ (כולל מע"מ) בגין כל מנוי שניתן לו שירות ביקור רופא לילי במסגרת אותו ביקור (בין אם ביקור בית או ביקור במוקד הרפואי). המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם, שביצע את שירות ביקור רופא לילי את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל.
- 5.2.10 כמו כן המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם תמורה בגין תרופה בבקבוקים או תרופה באמפולות או זריקות, במידה ותרופות כאמור ניתנו לו ע"י רופא ההסכם.

5.3. אחריות

- 5.3.1 מחויבותה של ספק השירות כלפי המנוי בטיפול בקריאה של מנוי לקבלת שירות ביקור רופא לילי תסתיים במוקדם או בהתרחש אחד משני האירועים המפורטים להלן: הגעת רופא ההסכם לבית המנוי או הפניית החולה למוקד הרפואי הסמוך למקום הימצאו, בכפוף לאמור לעיל. ביטול הקריאה לקבלת שירות ביקור רופא לילי ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.
- 5.3.2 האחריות בגין איכות שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על רופא ההסכם הרלוונטי בלבד, וספק השירות לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים: איכות שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה, רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או

הפסד שייגרם למוטב ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה, הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה, הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפולים או שירותים על-ידי רופא אחר שאינו רופא הסכם.

6. שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים

6.1 השירות

6.1.1 המנוי יהא זכאי לקבל, לפי שיקול דעתו הבלעדי, שירותי חירום ועזרה ראשונה ברפואת שיניים כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד, וזאת באמצעות מרפאות שיניים ברחבי הארץ (את רשימת מרפאות השיניים באזור מגורי המנוי ניתן לקבל במוקד השירות) (להלן - "שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים"):

- 6.1.1.1 עששת נרחבת - סתימה זמנית.
- 6.1.1.2 חלל פתוח בשן - סתימה זמנית.
- 6.1.1.3 צוואר שן חשוף - חומר למניעת רגישות.
- 6.1.1.4 דלקת חריפה - עקירת עצב או חומר חניטה.
- 6.1.1.5 מורסה ממקור שן - ניקוז מורסה ו/או טיפול בסגר.
- 6.1.1.6 דחיסת מזון - טיפול בחניכיים.
- 6.1.1.7 דלקת סב כותרתית - שטיפה ו/או טיפול תרופתי.
- 6.1.1.8 דלקת חניכיים - הסרת אבנית מקומית ו/או טיפול תרופתי.
- 6.1.1.9 כאבים לאחר עקירה - שיכוך כאבים.
- 6.1.1.10 מכתשית יבשה - ניקוי מכתשית ו/או טיפול תרופתי.
- 6.1.1.11 דימום לאחר עקירה או פרוצדורה כירורגית - עצירת דימום.
- 6.1.1.12 פצע לחץ תחת תותבת קיימת - שחרור פצע לחץ.
- 6.1.1.13 נפילת כתרים - הדבקה זמנית.
- 6.1.1.14 כל טיפול נוסף הנובע מכאב שיניים, להקלה או להפסקת הכאב.
- 6.1.1.15 בדיקה וצילום השיניים הכואבות.
- 6.1.1.16 מתן מרשם מתאים לשיכוך הכאב כאשר ולא ניתן לטפל בשן באותה עת.

6.2 כללי

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

6.3. אחריות

- 6.3.1 מובהר בזאת כי מרפאות השיניים הן המעסיקות של רופאי השיניים שיתנו את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים על-פי כתב שירות זה, והן בלבד תהיינה אחראיות לכל טיפול שיתנו רופאי שיניים אלה לפי כתב שירות זה.
- 6.3.2 מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, תהא מרפאת השיניים הרלוונטית שתיתן בפועל את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, והיא בלבד, אחראית לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ביקור רופא ו/או כל מי מטעמה שיארגן את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים (למעט מרפאת השיניים עצמה) ו/או המבטח לא יהיו אחראים כלפי המנוי בכל מקרה ובכל עניין.

7. כתב שירות רפואה משלימה:

7.1. השירות:

- 7.1.1 מנוי, אשר לפי אבחנת הרופא המטפל בו (שהינו בעל רישיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל) מצב בריאותו השתנה לרעה לעומת מצבו במועד הקובע, ואשר קיבל הפניה בכתב לקבלת טיפול באמצעות רפואה משלימה מהרופא המטפל ה"ל, או לפי הענין הפניה ליעוץ דיאטטי, יהיה זכאי לקבל את השירותים המפורטים להלן על-ידי נותן השירות הרלוונטי במרפאת ההסדר, וזאת לפי הפנייה של מוקד השירות וכנגד המצאת הפניה האמורה של הרופא המטפל (במקור) למוקד, הכל בהתאם ובכפוף לאמור בכתב שירות זה.
- 7.1.2 המנוי יהא זכאי לקבל שירותי רפואה משלימה כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד (להלן - "השירותים"):
- 7.1.2.1 אקופונקטורה - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 7.1.2.2 רפלקסולוגיה - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
- 7.1.2.3 שיאצו - לחיצה ועיסוי, בעיקר על-ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת אנרגיה בגוף.
- 7.1.2.4 אוסטיאופתיה - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 7.1.2.5 כירופרקטיקה - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 7.1.2.6 הומאופתיה - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- 7.1.2.7 פלדנקרייז - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 7.1.2.8 ביו-פידבק - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 7.1.2.9 נטורופתיה - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 7.1.2.10 ייעוץ דיאטטי - התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי.
- 7.1.2.11 הזכות לקבלת השירות על-פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

7.2. היקף השירות:

- 7.2.1 במסגרת כתב שירות זה יהיה המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות הרלוונטי, ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות, במידה והמליץ,

הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות, ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של הפונה בגדר מנוי, הזכאי לקבל את השירותים בהתאם לכתב שירות זה.

7.2.2 בכל מקרה, סידרת הטיפולים לה יהיה זכאי המנוי תכלול עד 16 (ששה עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת (ולמען הסר ספק מובהר, כי פגישת הייעוץ נכללת במניין 16 הטיפולים), בין אם הטיפולים יינתנו על-ידי נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.

7.2.3 בכל מקרה, מספר הטיפולים הכולל לכל המבוטחים במשפחה בפוליסה בשנת ביטוח אחת במסגרת כתב שירות זה לא יעלה על 20 (עשרים) טיפולים (ולמען הסר ספק מובהר, כי פגישות הייעוץ נכללות במניין 20 הטיפולים).

7.2.4 השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או אמיליה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכי"ב).

7.2.5 השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרזיה או בעיות השמנת יתר אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב לכך על-ידי הרופא המטפל במנוי, הקובעת כי קבלת השירות הינה צורך רפואי ברור.

7.2.6 השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על-ידי נותן השירות לצורך הטיפול.

7.3 כללי

7.3.1 נזקק המנוי לשירות כאמור בכתב שרות זה, יפנה טלפונית למוקד לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' תעודת הזהות שלו ומס' פוליסת הביטוח על-פיה הוא מבוטח. מובהר, כי המצאת מכתב הפניה של הרופא המטפל כאמור בסעיף 7.1.1 לעיל מהווה תנאי מוקדם להפניית המנוי על-ידי מוקד השירות לנותן השירות הרלוונטי.

7.3.2 המנוי יהיה זכאי לבחור את מרפאת ההסדר בה יקבל את השירות מתוך רשימת מרפאות ההסדר כפי שתהיה בתוקף במועד פנייתו.

7.3.3 השירות על-פי כתב שרות זה ינתן בשעות הפעילות הרגילות של מרפאות ההסדר ולפי לוח העבודה של מרפאות ההסדר. פגישת הייעוץ הראשונה תתואם על-ידי מוקד השירות. המועד המדויק של יתרת סידרת הטיפולים יתואם ישירות בין המנוי לבין מרפאת ההסדר בה נערכה פגישת הייעוץ.

7.3.4 השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.

7.3.5 השירות יינתן במרפאת הסדר על-פי הפנית מוקד השירות כאמור לעיל, כאשר על המנוי יהיה להגיע למרפאת ההסדר בעצמו ועל חשבונו.

7.3.6 עם תום מתן השירות יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי נותן השירות נתן את השירות.

7.3.7 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד על ביטול פנייתו, גם אם מסר על ביטול הפנייה למרפאת ההסדר.

7.3.8 על אף האמור בכתב שירות זה, לספק לא תהא מחויבות על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי בנותני שירות או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות הספק למונעו.

7.3.9 מחויבותה של הספק כלפי המנוי בטיפול הפנייה של מנוי לקבלת השירות תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן: הפניית המנוי למרפאת הסדר. ביטול הפנייה לקבלת השירות ע"י הודעת המנוי למוקד.

7.3.10 האחריות בגין איכות השירות ו/או בגין רשלנות מקצועית תחול על נותן השירות הרלוונטי בלבד והספק לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים: איכות הטיפול נשוא כתב שירות זה. רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.

7.3.11 מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל מובהר, כי נותן השירות שייתן בפועל את השירות, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן השירות, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי הספק ו/או חברת הביטוח אינן המעסיקות של נותני השירות והן לא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

7.3.12 במקרים חריגים בלבד, ספק השירות רשאי, לפי שיקול דעתו המלא והבלעדי, לאשר את בקשת המנוי לקבל את השירות במרפאה שאינה נכללת במרפאות ההסדר, ואולם מובהר בזאת כי: האחריות לתיאום ולביצוע הטיפולים יהיו על המנוי בלבד.

7.3.13 מבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף זה לעיל, הספק ו/או חברת הביטוח לא תהיינה אחראיות בכל צורה שהיא כלפי המנוי למעשה, מחדל או נזק כתוצאה מפניותיו למרפאה שאינה מרפאת הסדר.

7.3.14 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות בפועל את מלוא הסכום שיקבע ביניהם.

7.3.15 המנוי יהא זכאי לקבל מהספק החוזר חלקי בהתאם ובכפוף לאמור בסעיף 7.4.3 להלן.

7.3.16 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד.

7.4 השתתפות עצמית

7.4.1 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שבצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסכום השווה ל-20% (עשרים אחוזים) ממחיר השירות שניתן לו על-פי מחירון מרפאת ההסדר ללקוחות פרטיים כפי שיהיה בתוקף במועד מתן השירות.

7.4.2 במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על-ידי המנוי, הספק זכאי להפסיק ליתן את השירות למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

7.4.3 במקרים חריגים בהם אישר ספק השירות קבלת שרות שלא במסגרת מרפאת הסדר כאמור בסעיף 7.3.12, ישלם המנוי ישירות למרפאה שנתנה בפועל את השירות את מלוא הסכום שידרש על ידה, והספק יחזיר לו כנגד המצאת הקבלה המקורית סכום השווה ל-50% (חמישים אחוזים) מהתשלום הנ"ל, אך לא יותר מ-150 ש"ח (מאה וחמישים ש"ח).

7.4.4 הסכומים הנ"ל צמודים למדד ממדד הבסיס.

7.5 תקופת תוקפו של כתב השירות

7.5.1 הזכאות לקבלת שרות על-פי כתב שירות זה תחל מהמועד הקובע.

7.5.2 תוקף כתב השירות יהיה עד תום 12 חודשים ממועד תחילת תוקפה של פוליסת הביטוח, והוא יחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 12 חודשים כל אחת, ללא צורך בהצהרת בריאות, או בדיקה רפואית, יהא מצבו הרפואי של המנוי אשר יהא.

7.5.3 הודיעה חברת הביטוח לספק השירות, כי פוליסת הביטוח בוטלה או שהסתיימה תקופת תוקפה, יסתיים באופן אוטומטי גם כתב שירות זה, וזאת ללא כל הודעה של הספק למנוי.

7.5.4 מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על-פי כתב שירות זה לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד לקבלת השירות לפני תום תקופת תוקפו, אך טרם קיבל את השירות בפועל, ולרבות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת הטיפולים נשוא כתב השירות לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את סידרת הטיפולים שהומלצה לו על-ידי נותן השירות.

7.6 כללי

7.6.1 הזכות לקבלת השירות על-פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

7.6.2 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה לרופא ההסכם שיצר עמו קשר טלפוני או לנותן איזה משירותי המידע.

7.6.3 על אף האמור בכתב שירות זה, ספק השירות לא מחויב על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי בנותני שירות או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות הספק למונעו.

7.6.4 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד.

7.6.5 המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו, במספר הטלפון של ביתו ועל כל שינוי בבני המשפחה המנויה.

7.7 תקופת תוקפו של כתב השירות

7.7.1 כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח.

7.7.2 מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על-פי כתב שירות זה לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד לקבלת השירות לפני תום תקופת תוקפו, אך טרם קיבל את השירות בפועל, ולרבות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת הטיפולים נשוא כתב השירות לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את סידרת הטיפולים שהומלצה לו על-ידי נותן השירות.

7.7.3 במקרה של ביטול כתב השירות יבטל כתב השירות לגבי כל אחד מבני המשפחה המנויה

8. כתב שירות שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי:

8.1 השרות:

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

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

8.1.3 הטיפול ניתן עקב התופעות או האירועים הבאים: אנורקסיה או בולימיה, התמכרות לסמים, פטירה של בן משפחה מדרגה ראשונה, מחלה או מצב רפואי קשה, מקרה סיעודי של קרוב משפחה, א.כ.ע, נכות, תקיפה מינית, גירושין, אלימות במשפחה, אירוע תאונתי ו/או טראומתי, תופעות חרדה או דיכאון קליני.

8.2 כללי

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

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

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

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

8.2.5 פגישות הייעוץ האישיות תיערכנה במועד שיתואם ישירות בין המנוי לבין המטפל בפועל כאמור לעיל. פגישת הייעוץ האישיית הראשונה תיערך בתוך שבוע ימים ממועד הפנייה של המנוי אל המטפל. במקרים דחופים, על-פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך שני ימי עבודה ממועד הפנייה של המנוי למטפל בפועל, אלא אם המנוי יבקש שתיערך במועד מאוחר יותר. פגישות הייעוץ האישיות יערכו בימי עבודה ובשעות העבודה המקובלות אצל המטפל.

8.2.6 פגישות הייעוץ האישיות, ינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה במועד פגישת הייעוץ הראשונה.

8.2.7 פגישות הייעוץ האישיות תערכנה במשרדו של המטפל, כאשר המנוי הנוזקק לשרות יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל המטפל. מובהר בזאת כי השרות אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המנוי.

8.2.8 עם תום פגישת הייעוץ יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי המטפל בפועל קיים את פגישת הייעוץ האישיית.

8.2.9 המנוי יודיע למוקד השרות על כל שינוי בכתובתו ובמספר הטלפון של ביתו.

8.2.10 במקרה שהמנוי יבקש לבטל פגישת ייעוץ כלשהי, יודיע על כך ישירות למטפל בפועל לפחות יום עבודה אחד מראש. למען הסר ספק מובהר, כי במקרה שהמנוי לא יודיע על ביטול פגישת הייעוץ לפחות יום עבודה אחד מראש, יחויב המנוי בדמי טיפול עבור אותה פגישת ייעוץ.

8.2.11 ייעוץ וסיוע פסיכולוגי ינתן כנגד תשלום השתתפות עצמית בסך של 80 ₪ לפגישה הראשונה ובתשלום וסך של 100 ₪ לכל אחת מ-11 הפגישות הנוספות. המנוי ישלם ישירות למטפל, את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל. התשלום כולל מע"מ.

8.3 הגבלות וחריגים

8.3.1 המנוי יהיה זכאי לכל היותר ל-12 פגישות ייעוץ לכל שנת ביטוח.

8.3.2 למטפלים, לפי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקק לטיפול אחר שלא לטפל בפנייה של המנוי ולהפנות לשירותי חירום ציבוריים.

8.3.3 השירות על-פי כתב שרות זה לא ינתן במקרה שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של מרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.

8.3.4 שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על-פי כתב שרות זה לא יינתנו במקרים שעל-פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל הינם מקרים של אוטיזם, פיגור שכלי, מצבים פסיכטיים כרוניים, הפרעות נוירולוגיות של התפתחות, שימוש והתמכרות לסמים ועבריינות.

8.3.5. למנוי הזכות לבקש להחליף את המטפל, ובמקרה זה ספק השירות יעשה כמיטב יכולתו על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר עימו התקשרה בהסכם, ובלבד שהחלפת המטפל לא תסתור את שיקול הדעת המקצועי של המטפל המקורי בפועל.

8.3.6. למטפל שיקול הדעת המקצועי המלא והבלעדי להפנות את המבוטח למטפל אחר במערך של ספק השירות.

8.3.7. השירות לא יינתן במקום שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, קיים רקע אורגני לסבלו של המנוי או חשד לרקע אורגני, המצריך על-פי הוראות כל דין בדיקה של רופא בסמוך לתחילת הטיפול, אלא אם נמסר למטפל בפועל אישור בכתב של הרופא הקובע את הטיפול הדרוש.

8.3.8. השירות על-פי כתב שרות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

8.4. אחריות

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

8.4.2. האחריות בגין איכות השרות נשוא כתב שרות זה ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת, תחול על המטפל בפועל בלבד או על המטפל שנתן את הייעוץ הטלפוני, לפי העניין, וספק השירות לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים: איכות שירות הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי נשוא כתב שרות זה. רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או להוריו ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השרות נשוא כתב שרות זה. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשרות המפורט בכתב שרות זה. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפולים או שירותים על-ידי איש מקצוע שאינו מטפל כהגדרתו לעיל.

8.4.3. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל מובהר, כי המטפל שיתן בפועל את שרות הייעוץ והסיוע הפסיכולוגי, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי, להוריו או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן השרות, אם בשל מעשה ואם בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי לספק השירות ו/או המבטחת אינן ולא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

כתב שירות - לחיות בריא - שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.

- 1.1. **ספק השירות** - חברת פמי פרימיום בע"מ או מי שיקבע על-ידי חברת הביטוח.
- 1.2. **המבטחת או חברת הביטוח** - כפי שנקבע בהסכם.
- 1.3. **פוליסת הביטוח** - פוליסת ביטוח בריאות של המבטחת, הכוללת כתב שירות לשירותי רפואה מונעת ואיכות חיים.
- 1.4. **המנוי או המשפחה המנויה** - מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.5. **נותני השירות** - נותני השירות באחד התחומים המפורטים להלן, אשר ספק השירות התקשר עימם בהסדר למתן השירותים נשואי כתב שירות זה.
- 1.6. **רופא** - רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רשיון לעסוק ברפואה.
- 1.7. **מטפל** - מטפל, הרשאי על-פי דין ליתן את השרות הרלוונטי למבוטח, ואשר ספק השירות התקשר עמו בהסכם בקשר למתן שרות למנוייה.
- 1.8. **דיאטן** - דיאטן קליני בעל הסמכה רשמית, אשר ספק השירות התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
- 1.9. **תזונאי** - תזונאי בעל הסמכה רשמית, אשר ספק השירות התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
- 1.10. **קלינאי תקשורת** - קלינאי תקשורת בעל הסמכה רשמית, אשר ספק השירות התקשר עימו למתן השירות למנוייה.
- 1.11. **מאמן כושר גופני** - מאמן בעל הסמכה רשמית ממכון ינגייט או סמינר הקיבוצים, אשר ספק השירות התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
- 1.12. **מוקד השירות** - מספר טלפון שיפורסם ע"י ספק השירות.
- 1.13. **המדד** - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.14. **מדד הבסיס** - כאמור בהסכם.
- 1.15. **חג** - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

2. שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים

המנוי יהיה זכאי לקבל שירותים כמפורט להלן:

- 2.1. **יעוץ דיאטטי ותזונה נכונה**
 - 2.1.1. השירות כולל מתן ייעוץ דיאטטי ותזונה נכונה, תוך התאמת תפריט ותוכנית דיאטה אישית.
 - 2.1.2. השירות ניתן ע"י דיאטן קליני או תזונאי, עפ"י בחירת המבוטח.
 - 2.1.3. השירות כולל ייעוץ טלפוני ראשוני ע"י מבצע הטיפול, וסדרה בת 10 פגישות טיפוליות נוספות, לכל שנת ביטוח, משך כל פגישה כ-45 דקות.
 - 2.1.4. השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.
- 2.2. **הרזיה רפואית**
 - 2.2.1. השירות כולל מתן יעוץ רפואי להרזיה ושמירה על משקל הגוף לאורך זמן. במסגרת השירות יקבל המנוי ערכת טיפול אישי המכילה רשימת תוספי מזון, תפריט אישי ויעוץ לפעילויות משלימות (כגון ספורט).
 - 2.2.2. השירות ניתן ע"י רופא מוסמך.

- 2.2.3 השירות כולל סדרה בת 12 פגישות טיפוליות, לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-45 דקות.
- 2.2.4 השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.
- 2.3 ליקויי למידה**
- 2.3.1 השירות כולל מתן יעוץ ותמיכה ע"י קלינאי תקשורת, לאבחון וטיפול בבעיות ליקויי למידה בילדים עד גיל 14. השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים בליקויי למידה בהוראה מתקנת ו/או בשיטת אלבאום.
- 2.3.2 השירות כולל סדרת מפגשים כמפורט להלן:
- א. עד 2 פגישות למטרת אבחון שאורך כל פגישה 90 דקות.
- ב. עד 10 פגישות למטרות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-45 דקות.
- 2.3.3 השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.
- 2.4 גמילה מעישון**
- 2.4.1 השירות כולל מתן טיפול לגמילה מעישון בשיטת הדיקור הסיני ובשילוב צמחי מרפא על-פי הצורך.
- 2.4.2 השירות ניתן ע"י מטפל מוסמך.
- 2.4.3 השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-45 דקות.
- 2.4.4 השירות יינתן בקליניקה של המטפל.
- 2.5 הפגת מתחים**
- 2.5.1 השירות כולל מתן טיפול להפגת מתחים, באחד מן התחומים הבאים: שיאצו, רפלקסולוגיה, עיסוי רקמות, טווינא, שיטת אלכסנדר, יוגה, פלדנקרייז.
- 2.5.2 השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים.
- 2.5.3 השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-50 דקות.
- 2.5.4 השירות יינתן בבית המבוטח.
- 2.6 מאמן אישי - טיפוח כושר גופני**
- 2.6.1 השירות כולל מתן שיעורי אימון כושר גופני ע"י מאמן אישי מוסמך תוך בניית תכנית אימונים אישית המותאמת למנוי, כולל חיטוב הגוף, חיזוק שרירים ושיפור סיבולת לב-ריאה.
- 2.6.2 השירות ניתן ע"י מאמן כושר מוסמך.
- 2.6.3 השירות כולל סדרה בת 10 אימונים עם מאמן כושר מוסמך לכל שנת ביטוח. משך כל אימון כ-60 דקות.
- 2.6.4 השירות יינתן בבית המבוטח.
- 2.7 רשת מכוני כושר**
- 2.7.1 השירות כולל זכאות למנוי שנתי מוזל במכון כושר אשר התקשר בהסכם לעניין זה עם ספק השירות.
- 2.7.2 רשימת מכוני הכושר המלאה והמעודכנת נמצאת במוקד השירות. הרשימה תתעדכן מעת לעת.
- תנאי הכרחי לקבלת השירות - פניה מראש לספק השירות.**

- 3.1. נזקק המנוי לשירות באחד מן התחומים כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות **טרם קבלת השירות** לפי מספר הטלפון המצוין שפורסם, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומספר תעודת הזהות שלו.
- 3.2. מוקד השירות יפנה את המנוי לנותן השירות לאחר שיוודא כי הפונה מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את השירותים על-פי כתב שירות זה.
- 3.3. תיאום מתן השירות יעשה בתוך 48 שעות מקבלת הפנייה (לא כולל סופי שבוע וחגים).
- 3.4. עם תום פגישת היעוץ או הטיפול, יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר כי נותן השירות ביצע את פגישת היעוץ או הטיפול.
- 3.5. השירותים עפ"י כתב שירות זה, לא ינתנו במקרים שעל-פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של נותן השירות, הינם מקרים שיכולים לסכן את בריאותו של המנוי. לנותני השירות, על-פי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקק המנוי לטיפול אחר, שלא לטפל בו.
- 3.6. השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על-ידי נותן השירות לצורך הטיפול.
- 3.7. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו, גם אם מסר על ביטול פנייתו לנותן השירות.
- 3.8. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל מובהר, כי נותן השירות, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי, להוריו, או לכל אדם אחר, תוך כדי ו/או עקב מתן השירות, אם בשל מעשה ואם בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ספק השירות ו/או המבטחת אינן ולא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.
- 3.9. מחויבותו של ספק השירות כלפי המנוי בטיפול בפניה של מנוי לקבלת השירות תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:
- 3.9.1. הפניית המנוי לנותן השירות.
- 3.9.2. ביטול הפנייה לקבלת השירות על-ידי הודעת המנוי למוקד השירות.
- 3.10. אחריות בגין איכות השירות ו/או בגין רשלנות מקצועית תחול על נותן השירות הרלבנטי בלבד, וספק השירות לא יהא אחראי בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 3.10.1. איכות הטיפולים נשואי כתב שירות זה.
- 3.10.2. רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים נשואי כתב שירות זה.
- 3.10.3. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 3.11. על אף האמור בכתב שירות זה, ספק השירות לא יהא מחוייב על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי בנותני שירות או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות ספק השירות למנעו.
- 3.12. הזכות לקבלת השירות על-פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 3.13. השרותים המפורטים בהם יינתנו למנויים ביישובים יהודה, שומרון, חבל עזה, וישובי בקעת הירדן והערבה, בכתובות שתימסרנה על-ידי מוקד השירות, ואליהן יגיעו בעצמם ועל חשבונם.

4. השתתפות עצמית

המנוי ישלם דמי השתתפות עצמית ישירות לנותן השירות כמפורט להלן:

סוג המפגש	סוג השירות	מפגש ראשון	כל פגישה נוספת (עד לתקרת המפגשים)	
			לתקרת המפגשים	כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים
יעוץ דיאטטי ותזונה נכונה		95 ₪	75 ₪	אין
הרזייה רפואית		75 ₪	150 ₪	אין
ליקויי למידה: א. מפגשי אבחון		הנחה בת 25% ממחיר המחירון של נותן השירות שבהסדר.		
ב. מפגשי טיפול		150 ₪	150 ₪	אין
גמילה מעישון		135 ₪	95 ₪	אין
הפגת מתחים		100 ₪	100 ₪	150 ₪
מאמן אישי - טיפוח כושר גופני		100 ₪	100 ₪	125 ₪
רשת מכוני כושר		הנחה בת 25% ממחיר המחירון של מכון הכושר.		

- 4.1. הסכומים האמורים כוללים מע"מ. היה ויחול שינוי בשיעור המע"מ ישנתנו סכומים אלה בהתאם.
- 4.2. הסכומים הנ"ל צמודים למדד הבסיס ואולם הם יעודכנו אחת ל-12 חודשים בלבד.
- 4.3. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על-ידי המנוי, ספק השירות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

5. בחירת נותני השירות

- 5.1. המנוי יהיה זכאי לבחור את נותן השירות מתוך רשימת נותני השירות שבהסדר, בהתאם לתחום השירות המבוקש.
- 5.2. למנוי הזכות להחליף את המטפל, ובמקרה זה ספק השירות יעשה כמיטב יכולתו על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר עמו התקשר ספק השירות בהסכם, ובלבד שהחלפת המטפל לא תסתור את שיקול הדעת של המטפל המקורי בפועל.

6. תקופת תוקפו של כתב השירות

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

רובד הרחבה

פרק ח': כיסוי סיעודי

1. הגדרות

- 1.1. **"תשלום גימלת סיעוד"** - התשלום החודשי למבוטח אשר עונה על הגדרת "בעל צורך סיעודי", כמפורט בסעיף 2 להלן, בסכום שנקבע המפורט בסעיף 6 להלן.
- 1.2. **"מקרה הביטוח"** - היות המבוטח "בעל צורך סיעודי".
- 1.3. **"תאונה"** - נזק גופני בלתי צפוי מראש הנגרם במשך תקופת הביטוח במישורין ע"י אמצעי אלימות חיצוניים וגלויים לעין, אשר מהווה ללא כל תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידי להיות המבוטח במצב מזכה.
- 1.4. **"מוטב"** - המבוטח, או מי שנקבע על-ידי המבוטח לקבל את תגמולי הביטוח עבורו ו/או במקומו.

2. הגדרת "בעל צורך סיעודי"

"בעל צורך סיעודי" יוגדר כאחד משני האירועים הבאים:

- 2.1. המבוטח ייחשב כ"**בעל צורך סיעודי**" לעניין ביטוח זה, אם מצב בריאותו ותפקודו ירודים כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות, או 2 מתוך 6 הפעולות הבאות אם אחת מהן הינה חוסר יכולת לשלוט על הסוגרים:
 - א. **לקום ולשכב**: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.
 - ב. **להתלבש ולהתפשט**: יכולתו העצמאית של המבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.
 - ג. **להתרחץ**: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
 - ד. **לאכול ולשתות**: יכולתו העצמאית של המבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
 - ה. **לשלוט על סוגרים**: יכולתו העצמאית של המבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
 - 2.2. **ניידות**: יכולתו העצמאית של המבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך היעזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על-ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו העצמאית של המבוטח לנוע.
- 2.2. **כ"בעל צורך סיעודי"** ייחשב מבוטח אשר מצב בריאותו ותפקודו ירודים עקב "תשישות נפש" שנקבעה על-ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על-פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

3. חבות המבטח לתשלום גמלת הסיעוד

- 3.1. המבטח ישלם למבוטח או לבא כוחו את גמלת הסיעוד כמפורט להלן:
- 3.1.1. תשלום גמלת סיעוד יבוצע לאחר תקופה של 60 יום (להלן: "תקופת המתנה") בה נחשב המבוטח כבעל צורך סיעודי. מובהר בזאת כי בגין תקופת ההמתנה לא יקבל המבוטח תשלום גמלת סיעוד. תקופת ההמתנה תכלול אף את ימי האשפוז בבית חולים רגיל ובמחלקת שיקום. תשלום גמלת סיעוד תופסק במוות המבוטח.
- 3.1.2. גובה גמלת הסיעוד החדשית, בכפוף למפורט להלן:
- 3.1.2.1. למבוטח שאינו יכול לבצע 3 או יותר מתוך 6 הפעולות, כמוגדר בסעיף 2.1 לעיל - 100% מסכום הגמלה החדשית.
- 3.1.2.2. למבוטח שאינו יכול לבצע 2 מתוך 6 הפעולות, כמוגדר בסעיף 2.1 לעיל, כשאחת מהן היא אי שליטה על סוגרים - 100% מסכום הגמלה החדשית.
- 3.1.2.3. למבוטח שהינו תשוש נפש, כמוגדר בסעיף 2.2 לעיל - 100% מסכום הגמלה החדשית.
- 3.2. טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח. ישלם המבטח את גמלת הסיעוד במקרה זה ללא צורך בתקופת המתנה נוספת.
- 3.3. **שחרור מתשלום דמי הביטוח** - המבוטח ישוחרר מתשלום דמי הביטוח החדשיים בגין הכיסוי הסיעודי על-פי הסכם ביטוח זה במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.
- 3.4. תשלום גמלת הסיעוד יופסק או במוות המבוטח או אם פסק המבוטח מלהיות "בעל צורך סיעודי", לפי המוקדם ביניהם.
- 3.5. קבלת תגמול סיעודי תמשיך בהתאם לכללי הפוליסה כל עוד המבוטח נמצא במצב סיעודי גם אם הסתיים ההסכם בין בעל הפוליסה למבטח.

4. תביעות ותשלומי המבטח

- 4.1. בעל הפוליסה או המבוטח או בא כוחו, חייב למסור למבטח הודעה בכתב על הליקוי שגרם לצורך הסיעודי סמוך ככל האפשר למועד קרות מקרה הביטוח.
- 4.2. עם קבלת הודעה כאמור על-ידי המבטח, יעביר המבטח למודיע את הטפסים הדרושים למילוי כתב התביעה ולמילוי הדוח של הרופא המטפל במבוטח. טפסים אלו, לאחר שימולאו כנדרש יש להחזיר למבטח תוך חודש ממועד קבלתם. בעל הפוליסה או המבוטח יהיה חייב להמציא למבטח את כל המסמכים הרלבנטיים האחרים הדרושים למבטח באופן סביר לשם בירור מקרה התביעה. כן יהיה המבטח רשאי לנהל כל חקירה ולהעמיד את המבוטח לבדיקה על-ידי רופא/ה או אח/ות או מרפא/ה בעיסוק מטעמו. חובות בעל הפוליסה והמבוטח וזכויות המבטח כאמור לעיל בסעיף קטן זה יעמדו בתוקפן הן לפני אישור התביעה והן במשך כל תקופת תשלום גמלת הסיעוד.
- 4.3. לאחר מילוי כל הדרושות על-פי סעיף זה לשיעור רצון המבטח כולל קבלת תיקים רפואיים של המבוטח מקופת החולים או גורמים נוספים ככל שנדרש, יקבל המבטח תוך 15 יום החלטה בדבר תשלום גמלת הסיעוד למבוטח ויודיע על כך למבוטח. אם החלטה היא חיובית, ישלם המבטח את התשלומים כאמור החל מתום תקופת ההמתנה. על אף האמור לעיל, בסיום תקופת המתנה יפנה המבוטח ליועץ, תימסר למבטחת הודעה ע"י היועץ בדבר אי יישוב התביעה ובאם תוך 3 ימי עבודה לא תמסור המבטחת את החלטתה המבטח יחל לשלם את תגמולי הביטוח מיד בחלוף תקופת המתנה של 60 יום מבלי להודות בחבות, גם אם לא סיים לבחון את זכאות המבוטח ובלבד שכל המסמכים הסבירים אשר נדרשו על-ידי המבטח, והיו בידי המבוטח, נמסרו לו על-ידי המבוטח ובתנאי שהמבוטח

יעמיד עצמו לבדיקה לפי דרישת המבטח. היה ונמצא בתום הבדיקה כי המבוטח אינו זכאי לקבלת תגמולי הביטוח יחזיר המבוטח למבטח את התשלומים שקיבל מאת המבטח.
4.4. במות המבוטח חייב בעל הפוליסה או המוטב להודיע על כך למבטח.

5. מובהר כי אין תשלום המבטח במסגרת פרק זה (ביטוח סיעודי) גורע מזכות המבוטח לקבל תגמולי סיעוד מגורמים משלמים אחרים, לרבות חברות ביטוח אחרות, שכן מדובר בתגמולי ביטוח מסוג פיצוי.

6. תגמול סיעודי

6.1. בקרות מקרה הביטוח כאמור בסעיף 2, המבוטח יהיה זכאי לסכום פיצוי חודשי בסך 7,100 ₪* לחודש, אשר ישולם לאחר תקופת המתנה כאמור בסעיף 3.1.1, לכל חיי המבוטח.

6.2. שיפוי מיוחד לשיקום: המבוטח יהיה זכאי להחזר של עד 70% מהוצאות השיקום, שיש בהם כדי להוציאו מן המצב הסיעודי ולהושיבו למסלול חיים פעיל ועד לתקרה של 36,000 ₪. הוצאות בגין שיקום יכללו: טיפולים רפואיים ו/או שיקומיים, אשר יש בהם על-פי חו"ד רופא שיקומי או רופא גריאטרי, כדי לסייע למבוטח לשוב ולתפקד כעצמאי.

6.3. אחריות המבטח לתשלום גמלת סיעוד על-פי פרק זה בעת היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל, מוגבלת לתקופה שאינה עולה על 90 יום, אלא אם כן, הסכים המבטח מראש ובכתב אחרת. עם שובו של המבוטח מחו"ל, ימשיכו תשלומי גמלת הסיעוד על-פי פרק זה, כל עוד נמצא המבוטח במצב מזכה.

(*) למרות האמור בסעיף 6.1, סכום הביטוח למבוטחים קיימים יוצמד למדד מתאריך ההצטרפות המקורי לכיסוי הסיעודי.

מבוטחים חדשים אשר יבקשו לרכוש את הכיסוי, סכום הביטוח יהיה סכום הביטוח הבסיסי בסך 7,100 ₪ אשר יוצמד למדד מתאריך ההצטרפות של המבוטח לכיסוי.

דמי הביטוח למבוטחים קיימים ולמבוטחים חדשים יהיה על פי הרשום בסעיף מס' 2 לנספח מס' 1 ובאופן יחסי לסכום הביטוח שלו זכאי המבוטח.

נספח 1

רשימת גבולות אחריות המבטח

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	פרק בפוליסה
במסגרת ההסכם - שיפוי מלא. לא בהסכם - שיפוי עד 5,000,000 ₪ בכפוף למגבלות הסכומים המפורטים להלן. עד 1,000,000 ₪	השתלות בארץ או בחו"ל	2.1	פרק א' השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
במסגרת הסכם - שיפוי מלא. לא בהסכם - עד 800,000 ₪.	השתלת לב מלאכותי	2.2	
עד 200,000 ₪.	הוצאות בגין בדיקות לאיתור האיבר להשתלה כולל איתור תורם מח עצם	2.4.1	
עד 200,000 ₪.	קציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו למקום השתלה	2.4.2	
עד 1,000,000 ₪.	שימוש בלב מלאכותי לפני השתלת לב	2.4.3	
עד 25,000 ₪.	הוצאות נסיעה לחו"ל - עד שלוש נסיעות למקרה ביטוח.	2.4.4	
עד 100,000 ₪.	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת	2.4.5	
עד 250,000 ₪ ועד 200,000 ₪.	הוצאות לשהייה בחו"ל לאדם	2.4.6	
עד 150,000 ₪.	טיפול המשך לאחר ההשתלה או טיפול מיוחד	2.4.8	
עד 150,000 ₪.	הוצאות חיוניות אחרות	2.4.10	
עד 30,000 ₪.	מעקב בחו"ל	2.4.11	
עד 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל. עד 100,000 ₪ עבור ביצוע השתלה בארץ.	פיצוי חד פעמי לביצוע השתלה	2.5	
עד 6,500 ₪ למשך 24 חודשים. עד 4,000 ₪ למשך 3 חודשים.	גמלה לאחר השתלת האיברים הבאים: כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, מעי, לבלב, כליה, כליה - לבלב, מח עצם קרנית ומח עצם עצמי	2.7	
עד 6,000 ₪.	פיצוי במקרה א.כ.ע.	2.8	
עד 10,000 ₪.	הוצאות נסיעה	2.9.1	
עד 100,000 ₪.	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת	2.9.3	
עד 250,000 ₪ ליום.	הוצאות שהייה לאדם	2.9.4	

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק ב' תרופות שאינן בסל הבריאות		סכום השיפוי המרבי	עד 2 מיליון ש"ח לשלוש שנים. סכום ביטוח מתחדש אחרי שלוש שנים.
	3.7	תשלום בגין טיפול רפואי נלווה	200 ₪ לכל טיפול.
		השתתפות עצמית של המבוטח	200 ₪ לחודש למקרה ביטוח. בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ₪ לחודש או בגין תרופה למחלת הסרטן, לא תידרש השתתפות עצמית.
פרק ג' ניתוח פרטי תחליפי ניתוח בחו"ל	1.1	ניתוח בחו"ל בכפוף לאישור המבטח מראש	שיפוי מלא.
כיסוי להוצאות נלוות	2.1.1	כיסוי להטסה רפואית	עד 50,000 ₪.
	2.1.2	כיסוי להוצאות טיסה ושהיה	עד 25,000 ₪.
		הוצאות שהיה	עד 700 ₪ ליום ולא יותר מ 21 ימים.
	2.1.3	הטסת גופה	כיסוי מלא.
	2.1.4	הבאת מומחה לישראל	שיפוי עד 100,000 ₪.
	2.1.5	הוצאות שהיה למבוטח לאחר ניתוח	עד 700 ₪ ליום ולא יותר מ-5 ימים.
כיסויים נוספים לפרקים ג,ד,ה. ניתוח- פרטי בחו"ל / בארץ משקל ראשון / בארץ משלים שב"ן	1.6	ניתוח בבית חולים פרטי או ציבורי בישראל ללא השתתפות המבטח כולל למבוטח שרכש "משלים שב"ן" ולא תבע את הביטוח המשלים בו הוא חבר.	1,200 ליום ועד 14 יום.
	2.1	התייעצויות לפני/אחרי ניתוח	עד 900 ₪ לכל התייעצות. ניתוח בחו"ל- עד 1,500 ₪.
	2.2	שתל	עד 50,000 ₪ למקרה ביטוח.
	2.3	שכר אח/ות לאחר ניתוח	עד 750 ₪ ליום ועד 14 ימי אשפוז.
	2.5	בדיקות אבחון ומעבדה כהכנה לניתוח	עד 10,000 ₪.
	4.1	מוות כתוצאה ישירה מניתוח	100,000 ₪.
	4.2	אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מניתוח	פיצוי בסך של 5000 ₪. לחודש ועד 12 חודשים.
	4.3	הפטיטיס B	350,000 ₪.
	4.3	הידבקות באייסדס	350,000 ₪.
	4.4	טיפולים אחרי ניתוח	200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים למקרה ביטוח. 20% השתתפות עצמית.
	4.5	פיצוי במקרה של אשפוז ממושך לאחר ניתוח	2000 ₪.

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
כיסוי תחליפי ניתוח			ספק בהסכם בארץ או בחו"ל - ללא תקרה. שלא בהסכם בארץ - עלות ניתוח אותו מחליף הטיפול בארץ או 200,000 ש"ח - הגבוהה מביניהם. שלא בהסכם בחו"ל - עלות ניתוח אותו מחליף הטיפול בחו"ל או 200,000 ש"ח - הגבוהה מביניהם.
	3.1	התייעצות עם רופא מומחה	עד 1,500 ש"ח לכל התייעצות. השתתפות עצמית 20%.
פרק ו' שירותים אמבולטוריים	3.2	בדיקות הריון	עד 1,500 ש"ח להריון. השתתפות עצמית 25%.
		בדיקות סיקור גנטי לפני הריון	עד 1,200 ש"ח להריון. השתתפות עצמית 20%.
		בדיקות גנטיות במהלך ההיריון או לאחריו	עד 1,500 ש"ח להריון. השתתפות עצמית 20%.
	3.3	הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין	שיפוי עד 3,800 ש"ח למקרה ביטוח.
3.4	מיילדת פרטית	שיפוי עד 3,200 ש"ח. השתתפות עצמית 20%.	
3.4.2	שהיה בבית החלמה לאחר לידה	עד 250 ש"ח לכל יום שהיה ולא יותר משלושה ימים לכל לידה. 25% השתתפות עצמית.	
3.5	שאובה והקפאת ביציות	20,000 ש"ח לתקופה של 3 שנים. 20% השתתפות עצמית.	
3.6	טיפול הפריה חוץ גופית	עד 20,000 ש"ח לילד. 20% השתתפות עצמית.	
3.7	טיפולים אונקולוגיים	50,000 ש"ח לכל שנת ביטוח.	
3.8	טיפול פיזיותרפי אמבולטורי	עד 4,500 ש"ח לשנת ביטוח, לא יותר מ-12 טיפולים לשנת ביטוח, 25% השתתפות עצמית.	
3.9	בדיקות אבחנתיות	עד 6,500 ש"ח לבדיקה. 25% השתתפות עצמית. עד 12,000 ש"ח לשנת ביטוח.	
3.10	בדיקות גנטיות	30,000 ש"ח לתקופה של 3 שנים. 20% השתתפות עצמית.	
3.11	טיפול ע"י מקרופאגים	עד 4,000 ש"ח לשנת ביטוח.	
3.12	מנוי למשדר קרדיולוגי	עד 150 ש"ח לחודש. 25% השתתפות עצמית.	
3.13	התעמלות שיקומית	עד 200 ש"ח לחודש. 25% השתתפות עצמית.	

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק ו' שירותים אמבולטוריים	3.14	החלמה	עד 700 ₪ ליום. לא יותר מ-14 יום למקרה.
	3.15	דום נשימה	עד 4,000 ₪ לשנת ביטוח. 25% השתתפות עצמית.
	3.16	שיקום דיבור/ראיה/ריפוי בעיסוק	עד 200 ₪ לטיפול. עד 12 טיפולים בשנת ביטוח.
	3.17	אחות פרטית	עד 750 ₪ ליום. 20% השתתפות עצמית. עד 14 ימים לשנת ביטוח.
	3.18	אבזר רפואי	עד 3,000 ₪ לתקופה של 3 שנים.
	3.19	טיפול בחדר מלח	עד 120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.
	3.20	אשפוז שלא מניתוח	עד 400 ₪ ליום החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד עשרה ימי אשפוז.
	3.21	דם טבורי	עד 4,000 ₪ להריון. 25% השתתפות עצמית.
	3.22	שיקום הליכה ויציבה	עד 7,000 ₪ לתקופה של 3 שנים. 20% השתתפות עצמית.
	3.23	חוות דעת שנייה בחו"ל	עד 6,500 ₪.
	3.24	חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	עד 4,500 ₪ לשנת ביטוח.
	3.25	התייעצות מחלה קשה	עד 800 ₪ להתייעצות. 20% השתתפות עצמית.

בסעיפים בהם מפורט סכום הביטוח לתקופה של 3 שנים משמעו, בכל 3 שנות ביטוח מתחדש סכום הביטוח לאותו סעיף.

נספח 2

סעיף	הכיסוי	תנאי הפוליסה	הערות
2.1	ילד ייחשב עד לגיל	25	
3.2	רובד הבסיס	פרקים א'-ז'. פרק ד' - ניתוחים משקל ראשון. פרק ה' - ניתוחים משלים שב".	
3.3	רובד ההרחבה	פרק ח' כיסוי סיעוד.	
4.1	תאריך התחלת הביטוח	1.12.2013	(להלן: "המועד הקובע")
4.1	תאריך סיום הביטוח	31.11.2022 (כיסוי סיעודי כפוף לאישור המפקח על הביטוח).	(להלן: "תקופת ההסכם")
6.3	מימון הפרמיה למבוטח ובני המשפחה	על חשבון המבוטח.	ישולם באמצעות הוראת קבע
	הצטרפות חברה/ ובני משפחתו	ולונטרי.	
9.4	הנחה למבוטח שעוזב את ביטוח הבריאות ועובר לפוליסת פרט	25% לשנה א'. 15% משנה ב' לכל החיים.	
	הנחה למבוטח בהמשכיות לביטוח סיעודי. בתוקף עד יוני 2015. לאחר מועד זה יידון מחדש.	עד גיל 40 - 28%. גיל 41-59 - 23%. גיל 60 ואילך - 25% בשנה הראשונה ו- 15% הנחה משנה שלישית ואילך.	הנחה לכל חיי המבוטח

טבלת הפרמיות להסכם החדש

גיל המבוטח	רובד בסיס, פרקים א'-ז' משלים שב"	רובד בסיס, פרקים א'-ז' שקל ראשון	פרק ח' - כיסוי סיעודי
0-24 (ילד)	19.57	25.29	3.71 ₪
0-29 (חבר לשכה)	45.10	59.38	11.96 ₪
30-34	57.93	76.52	11.86 ₪
35-39	67.97	92.26	14.10 ₪
40-44	79.40	108.00	15.16 ₪
45-49	92.25	127.97	18.54 ₪
50-54	115.12	159.43	23.05 ₪
55-59	152.27	202.29	33.33 ₪
60-64	168.01	213.74	59.65 ₪
65-69	188.02	238.03	153.32 ₪
70-74	200.86	280.88	277.46 ₪
75	200.88	280.92	418.81 ₪
76 ואילך	200.89	280.92	482.86 ₪

גיל 0-29 כולל חבר לשכת עו"ד לפני גיל 25.
הפרמיה תיקבע על-פי גיל הכניסה לביטוח ותשתנה על-פי גיל המבוטח בעת המעבר בין
קבוצות הגיל כמפורט בטבלה לעיל. הפרמיות לעיל צמודות על-פי מדד 12,414 נק' שפורסם
ביום 15.11.2013.

נספח 3 - הצהרת בריאות

גובה
משקל
האם הינך סובל/סבלת בעבר או קיימת אבחנה למחלה הקשורה ב: יתר לחץ דם, סכרת, מחלת לב, אירוע מוחי, מחלת כליות כרונית, מחלה ממארת (סרטן), פרקינסון, דמנציה (אלצהיימר), מחלה כרונית?
האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע?
האם עברת ניתוח ו/או טיפול רפואי כל שהוא או אושפזת בבית חולים בשלוש השנים האחרונות?
האם ידוע לך על ניתוח או טיפול רפואי כל שהוא שאתה אמור לקבל ו/או שאתה נמצע במהלך של ברור מחלה?
להצטרפות לפרק ח - פרק סיעוד - האם הנך מוגבל בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר לביצוע אחת מפעולות אלו?

איך לנהוג בעת תביעה?

מה לעשות כשצריך ניתוח פרטי?

- ליצור קשר עם מדגס סוכנות לביטוח בטלפונים הרשומים מטה ולקבל הדרכה בנושא התייעצות לפני הניתוח וביצירת קשר עם הרופא המנתח במידת הצורך וכן לקבל טופס תביעה.
- לאחר בחירת הרופא המנתח יש לשלוח את טופס התביעה הכולל את שמו של הרופא, הסכמתו לביצוע הניתוח ואת כל פרטי תולדות המחלה וסוג הניתוח.
- מניסיונו, במרבית המקרים תבחר **ברופא הקשור בהסכם עם הראל** ואז, לאחר בדיקת הזכאות, תשלם הראל ישירות למנתח את שכרו וישירות לביה"ח עבור שרותיו.
- אם תבחר **ברופא שאינו קשור בהסכם עם הראל** אזי, לאחר בדיקת הזכאות, תשלם הראל ישירות לביה"ח עבור שרותיו. את שכר המנתח תשלם אתה והראל תחזיר לך, לאחר קבלת **הקבלה המקורית**, את שכר המנתח עפ"י הסכום שהיא משלמת למנתח מקביל המופיע ברשימת מנתחי ההסכם שלה.

למבוטחים בעלי ביטוח משלים שרכשו את התכנית "בריאות ועוד" - שב"ן

- תוכנית הביטוח לבעלי ביטוח משלים בקופ"ח (מסוג "כללית מושלם", "מגן זהב", "מאוחדת עדיף"/"מאוחדת שיא", "לאומית ועוד"/"לאומית זהב"), היא תוכנית ביטוח ייחודית המונעת כפל כיסוי, תוך חסכון כספי ניכר. להלן, נוהל הגשת תביעה בעת הצורך בניתוח פרטי, במסגרת התוכנית (נוהל זה רלוונטי אך ורק לגבי פרק הכיסוי לניתוחים):

העומד בבסיסה של התכנית לבעלי ביטוח משלים בקופ"ח, שהביטוח הינו רובד משלים לביטוח הקיים למבוטח במסגרת קופת החולים בה הוא חבר (שב"ן - שירותי בריאות נוספים); המשמעות היא, שעד שהמבוטח לא ממצה את זכויותיו במסגרת השב"ן, הוא אינו זכאי לקבלת תגמולי ביטוח כלשהם (לרבות התחייבויות) במסגרת התכנית.

לכן, כאשר מבוטח במסגרת תכנית זו נדרש לבצע ניתוח פרטי, עליו לפנות במקביל אל אגף התביעות ואל הביטוח המשלים של קופת החולים בה הוא חבר.

לנוחותכם, להלן פרטי קופות החולים השונות, אליהן יש לפנות בעת הצורך:

- קופ"ח כללית - 2700*.
- קופ"ח מכבי - 53-53-50-700-1.
- קופ"ח מאוחדת - 3833*.
- קופ"ח לאומית - 507-507-700-1.

כיסוי לבעלי שב"ן (ביטוח משלים בקופ"ח)

ייתכנו 3 תגובות אפשריות של הביטוח המשלים בקופ"ח בעת תביעה לניתוח:

דחייה - דחיית התביעה לחלוטין ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח (כמו במקרה שבו מבוטח מצוי במהלכה של תקופת האכשרה בביטוח המשלים, או במקרה שבו סוג הניתוח אינו מוכר ע"י הביטוח המשלים - ניתוח קיסרי, בדיקות פולשניות כגון, אנדוסקופיות למיניהן); במקרה זה, יינתן לפעולה המבוקשת כיסוי מלא ע"י חברת הביטוח (בתנאי שהמבוטח זכאי לכיסוי אצל המבטח).

אישור במסגרת הסכמי השב"ן - אישור התביעה ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח והכרה בניתוח המבוצע ע"י רופא הסכם של הביטוח המשלים, בבי"ח המצוי בהסכם עם הביטוח המשלים. במקרה כזה יקבל המבוטח מן הביטוח המשלים בקופ"ח התחייבויות לביצוע הניתוח.

בחלק מן הביטוחים המשלימים (מכבי, לאומית) לא יידרש המבוטח לכל תשלום נוסף, ובביטוחים האחרים (כללית, מאוחדת) יידרש המבוטח לשלם השתתפות עצמית לצורך ביצוע הניתוח, והחזר

עבור תשלום זה הוא יקבל במסגרת תכנית הביטוח לבעלי שב"ן, כנגד הצגת קבלה מקורית, סיכום ניתוח וטופס תביעה כרגיל.

אישור שלא במסגרת הסכמי השב"ן - אישור התביעה ע"י הביטוח המשלים, אולם המנתח/בי"ח אינם מצויים בהסכם עם הביטוח המשלים. במקרה הנ"ל, לא ניתן לקבל מהביטוח המשלים התחייבויות לביצוע הניתוח, אלא רק החזר כספי בדיעבד לאחר הצגת קבלות מקוריות וסיכום ניתוח.

במקרה כזה יתבקש המבוטח לשלם לרופא ולביה"ח את עלות הניתוח ולהגיש את הקבלות לביטוח המשלים, ולאחר מכן להגיש לאגף התביעות את העתקי הקבלות בצירוף אישור על גובה החזר שנתקבל מהביטוח המשלים, וכן סיכום ניתוח וטופס תביעה. החזר יבוצע במסגרת תכנית הביטוח לבעלי שב"ן לפי הסכום שהיה משולם לספקי הסכם של הראל ובניכוי החזר שנתקבל מהביטוח המשלים.

יש להדגיש כי גם במקרה כזה חשוב וחיוני לפנות מראש אל הראל חברה לביטוח כדי לתאם ביצוע הניתוח.

ביצוע ניתוח באופן דחוף

- במקרה של ניתוח פרטי דחוף, הינך מתבקש להודיע לביה"ח ולמנתח כי הנך מוטב בביטוח רפואי בהראל.
- בהזדמנות הראשונה הודע לסוכנות מדנס / לחברת הראל על הניתוח והעבר את כל המידע הרפואי בצרוף הקבלות המקוריות על התשלומים ששילמת.

מה לעשות כשצריך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל?

- עם היוודע הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד בחו"ל, ליצור קשר עם מדנס סוכנות לביטוח בטלפונים הרשומים מטה, כדי לקבל הדרכה בתהליך התביעה במקרה השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.

להזמנת רופא לביקור בתי בליה ו/או לשירותי מידע טלפוני לבריאות המשפחה ו/או שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים ו/או לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי ו/או לשירותי רפואה שלימה ו/או לכתב שירות "לחיות בריא", יש להתקשר למוקד חברת פמי פרימיום: 03-5688502.

לקבלת שירות עפ"י סעיפים 2-4 לכתבי השירות, יש לפנות לחברת "הדרך ה-15": 073-2291301.

מדנס סוכנות לביטוח

טל: 03-6380360

פקס: 03-6380011

א"ל: briutlaw@madan.es.com

שעות פעילות: ימים א'-ה', בין השעות 8:00 - 17:00

כתובת: רח' השלושה 2, תל-אביב 67060

מוקד שרות לקוחות הראל

טל: 1-800-44-5000

כתובת: בית הראל, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת-גן 52118

www.madan.es-lawyer.com

(שם משתמש: lawyer, סיסמא: lawyer2003)

מוקד חברת פמי פרימיום

03-5688502

הדרך ה-15, לקבלת שירות עפ"י סעיפים 2-4 בכתבי השירות: 073-2291301.

פרטי התקשרות

ניתן לפנות לאגף הבריאות בקבוצת
מדנס רח' השלושה 2, תל אביב, 6706054
בימים א'-ה', בין 08:00-16:30

03-6380360 📞

03-6380011 📠

Briutlaw@madan.es.com ✉️

גלוש באתר האינטרנט הייחודי לחברי
לשכת עורכי הדין בישראל:

www.madan-es-lawyer.com 🖱️

שם משתמש: lawyer

סיסמא: lawyer2003

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞

להזמנת רופא ו/או לשימוש בכתב שירות
"לחיות בריא" ו/או רפואה משלימה, ניתן
לפנות למוקד חברת פמי פרימיום:

03-5688502 📞