



ביטוח בריאות קבוצתי  
לעובדי S&P GLOBAL ובני משפחותיהם

עובדות ועובדים יקרים,

אנו מתכבדים להשיק את תוכנית ביטוח הבריאות החדשה לעובדי S&P Global בישראל ובני משפחותיהם התקפה החל מיום 30 באפריל 2023 ולמשך חמש שנים.

במסגרת הליך בחינה מעמיק ומקצועי, נבחרה הפוליסה של הראל, אשר הציעה את התוכנית הטובה ביותר, עם הכיסוי המקיף ביותר בפרמיה הזולה ביותר.

**הראל**, חברת ביטוח הבריאות הגדולה בישראל, המובילה את שוק ביטוחי הבריאות בהיקף המבטוחים, בטיפול בתביעות וניסיון המצטבר תעניק לעובדי החברה ובני משפחותיהם את הכיסוי הביטוחי בתקופת הביטוח.

תוכנית הביטוח שגובשה משקפת את תפיסת הרווחה של החברה, הרואה חשיבות עליונה להציע לעובדים ובני משפחותיהם תוכנית ביטוח רחבה ואיכותית, המבטיחה מענה למצבים רפואיים שונים, ובעיקר, למצבים קשים מאוד ומורכבים, כדוגמת, השתלות, טיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ ובחו"ל, יחד עם כיסוי לשירותים "יום-יומיים" ולצרכים שוטפים כדוגמת בדיקות הריון מקיפות, התייעצות מומחים, אבחון וטיפול בבעיות התפתחות ילדים ועוד.

במסגרת מו"מ על תנאי הפוליסה, בחנו גם את מתווה השירות בפוליסה, ולשם כך נבחרה **דורביט סוכנות לביטוח**, אשר תלווה אותנו בכל שנות הביטוח, ותעניק לנו את השירות המקיף והאיכותי בכל צורך ולכל עניין.

העובדים ובני משפחותיהם זכאים להצטרף לפוליסה החדשה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות במהלך התקופה המוגדרת בפוליסה. מימון הפרמיה על ידי המעסיק בהתאם לתנאי הפוליסה, חייבת בשווי מס.

תוכנית הביטוח החדשה היא עבורכם, והיא בין תוכניות הביטוח הטובות בתחום הביטוחים הקבוצתיים בישראל. אנו סמוכים ובטוחים, כי תוכנית הביטוח תעניק לכם ולבני משפחותיהם הגנה ביטוחית רחבה, תוך ייצור ביטחון, שקט נפשי וסיוע בעת הצורך.

מומלץ לשמור חוברת זו המפרטת את כיסוי הביטוח השונים ומהותם.

**בברכת בריאות שלמה**

# תוכן עניינים

4	גילוי נאות
23	פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי
46	פרק 1: השתלות וטיפולים מיוחדים
50	פרק 2: תרופות מיוחדות
52	פרק 3: שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה
57	פרק 4: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
60	פרק 5: ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות (הכיסוי האחיד)
63	פרק 5א: ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות - משלים שב"ן
67	פרק 6: שירותים אמבולטוריים
70	פרק 7: הוצאות רפואיות

# גילוי נאות

טלפון *2735 פקס 03-7348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
-------------------------------	--	---	---

## תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי S&P GLOBAL ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי S&P GLOBAL וCappitech regulation ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	<p><b>פרק 1</b> - השתלות וטיפולים מיוחדים</p> <p><b>פרק 2</b> - תרופות מיוחדות</p> <p><b>פרק 3</b> - שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה</p> <p><b>פרק 4</b> - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</p> <p><b>פרק 5</b> - ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצות או</p> <p><b>פרק 5א</b> - ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות לבעלי שב"ן - פרק זה יחול במקום פרק 5 אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי משלים לניתוחים</p> <p><b>פרק 6</b> - שירותים אמבולטוריים</p> <p><b>פרק 7</b> - הוצאות רפואיות</p>
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 30.04.2023 ועד ליום 29.04.2028.

**פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים**

כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה, גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה.

**פרק 2 - תרופות מיוחדות**

כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטים בפרק זה. כמו כן, ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה, לקנאביס רפואי ולבדיקות אבחון וקביעת דרכי טיפול למחלת הסרטן.

**פרק 3 - שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה**

שיפוי עבור 80% מההוצאה בפועל בגין ההוצאות הרפואיות המפורטות בפוליסה במקרה של גילוי מחלה קשה או אירוע רפואי חמור המפורטים בפוליסה.

**פרק 4 - ניתוחים פרטיים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל**

כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.

**פרק 5 - ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות (כיסויי אחד)**

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

או

**פרק 5 א - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות (לבעלי שב"ן)**

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

**פרק 6 - שירותים אמבולטוריים**

השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבטח הנוזקק עקב בעיה רפואית, שלא במהלך אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים, כגון: התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות רפואיות, בדיקות היריון, טיפולי פיזיותרפיה ושיקום, רפואה מונעת ועוד.

**פרק 7 - הוצאות רפואיות**

כיסוי עלות השירות הרפואי עבור שירותים רפואיים שבוצעו בישראל במהלך אשפוז, כגון: אח/ות פרטית, התקנת אביזר רפואי, העברות ונסיעות ועוד.

<b>תמצית פרטי הפוליסה</b>	
<p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם (למעט מבטוחים המצטרפים לביטוח ברצף ביטוחי מביטוח קודם, כמפורט בסעיף 9) וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:</p> <p>חריגים כלליים לפוליסה - סעיף 15</p> <p>פרק 2 תרופות מיוחדות - סעיף 5.4</p> <p>פרק 4 ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 5</p> <p>פרק 5 ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - סעיף 4</p> <p>פרק 5 א כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - סעיף 6</p> <p>פרק 6 שירותים אמבולטוריים - סעיף 3</p> <p>באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>
<p><b>פרק 1 השתלות וטיפולים מיוחדים</b>, סעיף 2.5.2.1 - פיצוי בסך 10,000 ש"ח בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p>סעיף 2.3 השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ש"ח כאשר קיים צורך בביצוע ההשתלה ו/או קביעה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח, על הצורך בהשתלת איבר ו/או השתלה שבוצעה בחו"ל. ההשתלה הנדרשת איננה השתלת מח עצם עצמית. הפיצוי על פי סעיף זה ישולם ללא תלות בביצוע ההשתלה בפועל.</p> <p><b>פרק 4 ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</b> - פיצוי בסך 200,000 ש"ח במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח במהלך 7 ימים מיום הניתוח.</p>	<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>
<p><b>בפרק 5 ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות ובפרק 5 א ניתוחים, טיפולים מחליפי והתייעצויות משלים שב"ן</b>, תהא תקופת אכשרה של 90 ימים לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות, בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה של 12 חודשים.</p> <p><b>בפרק 6 שירותים רפואיים אמבולטוריים</b>, תהא תקופת אכשרה של 180 ימים לבדיקות ושירותים להריון.</p> <p>למבוטחים בביטוח קודם המצטרפים ברצף ביטוחי לביטוח זה לא תהיה תקופת אכשרה.</p> <p>תקופת אכשרה לא תחול על מקרי ביטוח שנגרמו עקב אירוע תאונתי.</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)<sup>1</sup></p>

<sup>1</sup>תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח. למבוטחים בביטוח קודם המצטרפים ברצף ביטוחי לביטוח זה לא תהיה תקופת אכשרה. תקופת אכשרה לא תחול על מקרי ביטוח שנגרמו עקב אירוע תאונתי.

<b>תמצית פרטי הפוליסה</b>	
<p><b>בפרק 2 תרופות מיוחדות</b>, תהא השתתפות של 200 ₪ למרשם בחודש ולא יותר מ-400 ₪ לכל המרשמים בחודש.</p> <p>עבור טיפול תרופתי מיוחד לפי <u>סעיף 2.5</u> בפרק, תשולם השתתפות עצמית למרשם בחודש ללא הגבלה לכמות המרשמים בחודש.</p> <p>עבור טיפול בקנאביס רפואי תחול השתתפות עצמית של 150 ₪ בחודש.</p> <p>עבור בדיקות אבחון וקביעת דרכי טיפול למחלת הסרטן השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>עבור טיפול תרופתי על-פי <u>סעיפים 2.1 - 2.4</u> לתרופות למחלת הסרטן ו/או לתרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש לא תחול השתתפות עצמית.</p> <p><b>בפרק 3 שיפוי בגין הוצאות רפואיות בגין גילוי מחלה קשה</b>, תחול השתתפות של 20%.</p> <p><b>בפרק 4 ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</b> תחול השתתפות עצמית של 20% עבור טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וטיפולי שיקום.</p> <p><b>בפרק 6 שירותים אמבולטוריים</b>, השתתפות של 20% למעט <u>סעיף 2.2</u> - חו"ד שנייה בחו"ל בו לא תחול השתתפות עצמית.</p> <p><b>בפרק 7 הוצאות רפואיות</b>, עבור אשפוז פרטי תהא השתתפות של 50%.</p> <p>עבור הוצאות החלמה והוצאות שיקום ופיזיותרפיה תחול השתתפות עצמית של 20%.</p>	<p>השתתפות עצמית</p>
<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.</p>	<p>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</p>

**תמצית פרטי הפוליסה**

עלות הביטוח				
דמי הביטוח החודשיים בש"ח ואופן תשלומם יהיו כדלקמן:				
סוג מבוטח/ת	מסלול ניתוחים מלא	או	מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן	אופן התשלום
עובד/ת	160.00		157.00	משולם ע"י מעסיק, לא כולל גילום שווי מס
בן/בת זוג מעל גיל 40	144.00		141.00	משולם משכרו של העובד/ת
בן/בת זוג עד גיל 40 (כולל)	119.00		116.00	משולם משכרו של העובד/ת
ילד/ה בוגר/ת שגילו 25 או יותר	54.00		52.00	משולם משכרו של העובד/ת
<p>(* בהתייחס לילדים עד גיל 25 שנה - ילד שלישי ואילך במשפחה מבוטחת פטור מתשלום דמי ביטוח (במניין הילדים לא יובאו ילדים בוגרים ו/או נכדים) דמי הביטוח צמודים למדד המחירים שפורסם ביום 15.04.2023.</p>				
<p>בתום כל 30 חודשים במהלך תקופת הביטוח תיתכן אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.</p>				<p>שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח</p>



תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל	<p>השתלה לפי סעיף 3.1 בפרק ההגדרות הכלליות.</p> <p>סעיף 2.3 - פיצוי חד פעמי עבור צורך בביצוע השתלה ו/או צורך בהשתלת איבר השתלה ו/או החברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.</p> <p>ההשתלה הנדרשת איננה השתלת מח עצם עצמית.</p>	<p>סעיף 2.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p>סעיף 2.1.2 - עד לסך של 5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p> <p>על אף האמור לעיל, יינתן כיסוי מלא במקרה בו תיאום ההשתלה או הטיפול המיוחד בוצע על ידי החברה, לאחר שהמבוטח בחר את המטפל, מקום הטיפול ומועד הטיפול, הודיע לחברה מראש ואיפשר לחברה לתאם עבורו את הטיפול הרפואי.</p> <p>סעיף 2.3 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ עבור צורך בביצוע השתלה ו/או צורך בהשתלת איבר השתלה ו/או השתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה.</p>	
טיפול מיוחד בחו"ל	<p>סעיף 3.2 - בפרק ההגדרות הכלליות.</p>	<p>סעיף 2.1.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p>סעיף 2.1.2 - עד לסך של 1,200,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p> <p>על אף האמור לעיל, יינתן כיסוי מלא במקרה בו תיאום ההשתלה או הטיפול המיוחד בוצע על ידי החברה, לאחר שהמבוטח בחר את המטפל, מקום הטיפול ומועד הטיפול, הודיע לחברה מראש ואיפשר לחברה לתאם עבורו את הטיפול הרפואי.</p>	

ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
	<p>סעיף 2.4.2.1 סכום חודשי בסך 4,000 ₪ למבוטח המרותק למיטתו.</p> <p>סכום חודשי בסך 2,000 ₪ למבוטח המאושפז בבית חולים.</p> <p>הגמלה תשולם עד למועד ביצוע ההשתלה ו/או לתקופה מקסימאלית בת 9 חודשים ו/או עד למועד שבו חדל להתקיים התנאי המפורט בסעיף 2.4.1.2, לפי המוקדם בניהם.</p> <p>סעיף 2.5.1.1 במקרה של השתלה שאינה השתלת מח עצם עצמית, המבוטח זכאי לגמלה חודשית בגובה 6,000 ₪ לחודש ולמשך 24 חודשים.</p>	<p>סעיף 2.4 למועמד להשתלה. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה על פי קביעת רופא מומחה מטעמו של המבוטח והינו מרותק למיטתו או מאושפז בבית חולים בשל מצבו הרפואי.</p> <p>סעיף 2.5.1 גמלה לאחר השתלה.</p>	<p>גמלת החלמה למועמד להשתלה</p> <p>גמלת החלמה לאחר השתלה</p>
<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>			<p>הערות</p>

פרק 2 - תרופות מיוחדות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	<p><u>סעיף 2 -</u> טיפול תרופתי בתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.</p> <p>טיפול תרופתי בתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.</p> <p>טיפול תרופתי בתרופת OFF LABEL או בתרופת יתום.</p> <p>טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת.</p> <p>טיפול בקנאביס רפואי, על פי המלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח, במקרים המפורטים להלן:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ במקרה של מחלת הסרטן, בשילוב עם טיפול כימי או ביולוגי.</li> <li>■ טיפול בכאב כתוצאה ממחלה/ תאונה / תסמונת מאובחנת, עם תסמינים הנמשכים לפחות 6 חודשים, והיסטוריה של טיפול בכאב לפחות 6 חודשים.</li> <li>■ התוויה אחרת המוכרת ומאושרת על פי נהלי משרד הבריאות (נוהל 106 או הוראה / נוהל אחר שיחליף אותו).</li> </ul> <p>בדיקה גנטית ו/או מולקולרית ו/או מטבולית ו/או אחרת לאבחון להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן.</p>	<p>לכל מקרה ביטוח, תקרת הכיסוי לטיפול תרופתי על-פי סעיפים 2.1 - 2.3 תהיה 3,000,000 ₪ למשך 30 חודשים, ותתחדש לאחר 30 חודשים.</p> <p>לכל מקרה ביטוח, תקרת הכיסוי לטיפול תרופתי על-פי סעיף 2.4 תהיה 1,000,000 ₪, ולא יותר מ-200,000 ₪ בחודש.</p> <p>הכיסוי לקנאביס רפואי על פי האמור בסעיף 2.6 יהיה עד לתקרה חודשית בגובה 1,000 ₪, ולא יותר מ-12,000 ₪ לתקופת ביטוח.</p> <p>בדיקות אבחון וקביעת דרכי טיפול למחלת הסרטן יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל ולא יותר מ-40,000 ₪ לשנה או אם המכון בו מבוצעת הבדיקה הינו מכון שבהסדר עם החברה, הכיסוי יהיה כיסוי מלא.</p>	<p>ההשתתפות של 200 ₪ למרשם בחודש ולא יותר מ-400 ₪ לכל המרשמים בחודש. עבור טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת לפי סעיף 2.4 בפרק, תשולם ההשתתפות עצמית למרשם לחודש ללא הגבלה לכמות המרשמים בחודש.</p> <p>עבור טיפול תרופתי על-פי סעיפים 2.1 - 2.4 לתרופות למחלת הסרטן ו/או לתרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש - לא תחול ההשתתפות עצמית.</p> <p>עבור טיפול בקנאביס רפואי תחול ההשתתפות עצמית של 150 ₪ לחודש.</p> <p>עבור בדיקות אבחון וקביעת דרכי טיפול למחלת הסרטן אצל נותן שירות שלא בהסכם תהא ההשתתפות עצמית של 20%.</p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 2.5 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.	עד לסך של 5,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק 3 - שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה)
שיפוי בגין הוצאות רפואיות	<p>סעיף 2 - החזר עבור הוצאות רפואיות עבור אשפוז ו/או שירותים שקיבל המבוטח במהלך אשפוז, טיפולים, ניתוחים, תרופות תכשירים ותוספי מזון על פי הוראת רופא מומחה, אביזרים רפואיים, בדיקות רפואיות, טיפולים שיקומיים, הוצאות עבור התאמת דיור לצרכיו במקרה סיעוד, טיפולים פרא-רפואיים, אביזרי טיפול מתכלים, והוצאות נסיעה אל טיפול רפואי וממנו, ובתנאי כי הוצאות אלה אינן מכוסות בפרק אחר בהסכם זה.</p> <p>מחלות קשות המפורטות בפרק; אי ספיקת כליות סופנית, אי ספיקת כבד פולמינגנטית מחלת כבד סופנית(שחמת), השתלת אברים, טרשת נפוצה, פרקינסון, תרדמת, ניוון שרירים, פגיעה מוחית מתאונה, דלקת מוח, דלקת חיידקית של קרום מוח, מחלת ריאות חסימתית כרונית, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, צפדת, שבץ מוחי, אוטם חריף בשריר הלב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, ניתוח מעקפי לב, סרטן, גידול שפיר של המוח/ יותרת המוח/ קרומי המוח, שיתוק, פוליו, איבוד גפיים, עיוורון, חירשות, אובדן דיבור, עמילואידוזיס ראשונית, קרדיומיופטיה, תשישות נפש.</p>	עד תקרה בגובה 15,000 ₪ למקרה ביטוח.	20% מההוצאה בפועל	<p>סעיף 3.5 טרשת נפוצה - 2 חודשים; סעיף 3.7 - תרדמת- 96 שעות; סעיף 3.8 ניוון שרירים - 3 חודשים; סעיף 3.11 דלקת חיידקית של קרום המוח - 3 חודשים; סעיף 3.15 - שבץ מוחי- 8 שבועות; סעיף 3.28 אובדן דיבור - 6 חודשים; סעיף 3.32 תשישות נפש - 3 חודשים;</p>

פרק 4 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>סעיף 6 - במקרה של תיאום הניתוח/ טיפול מחליף ניתוח ע"י החברה</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח.</li> </ul> <p>במקרה של ביצוע ניתוח בחו"ל ללא תיאום ע"י החברה, יינתן שיפוי בשיעור 200% מעלות הניתוח או עד תקרת עלות הניתוח אצל ספקי הסכם של החברה בחו"ל, הגבוה ביניהם ובכל מקרה לא יתברר מהעלות בפועל.</p> <p>במקרה של ביצוע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל ללא תיאום ע"י החברה:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ עד תקרת עלות הטיפול מחליף הניתוח אצל ספקי הסכם של החברה בחו"ל.</li> <li>■ תקרת עלות הניתוח המוחלף אצל ספקים שלחברה הסכם עימם בחו"ל.</li> <li>■ כיסוי בשיעור 200% מעלות הניתוח המוחלף אצל ספקים שבהסכם עם החברה לניתוח זהה בישראל.</li> </ul>	<p>סעיף 2 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל/ טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, וכן הוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית ועוד.</p>	<p>הוצאות הקשורות בניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל</p>
<p>יכוסו הוצאות שהייה סבירות למבוטח ומלווה (למבוטח ושני מלווים במקרה של מבוטח קטין), עד 30 ימים.</p>	<p>סעיף 3.3 בפרק - הוצאות שהייה במקרה ניתוח מורכב ו/או ניתוח שהמבוטח הוטס בהטסה רפואית.</p>	<p>הוצאות שהייה</p>
<p>כיסוי מלא.</p>	<p>סעיף 3.2 בפרק הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.</p>	<p>כיסוי להוצאות הטסת גופה</p>
<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>		<p>הערות</p>

**פרק 5 - ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות (הכיסוי האחיד)**

מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>סעיף 3.1 - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.</p>	<p>סעיף 1.2 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות.</p>	<p>התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח</p>
<p>ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית <b>ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.</b></p>	<p>סעיפים 3.2 - 3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית</p>	<p>ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח</p>
<p>טיפול מחליף הניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם יכוסה במלואו.</p> <p>טיפול מחליף ניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יכוסה עד לסכום הביטוח המרבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבוטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.</p>	<p>סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח</p>	<p>טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל</p>
<p>לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו.</p> <p>אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.</p>		<p>הערות</p>

פרק 5א - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 1.2 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות.	סעיף 3.1 - כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פולטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2 - 3.2 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פולטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית <b>ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.</b>
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף הניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם יכוסה במלואו.  טיפול מחליף ניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יכוסה עד לסכום הביטוח המרבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבוטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו.  למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.	



**פרק 6 - ביטוח לשירותים אמבולטוריים  
בפרק קיימים כיסויים נוספים על פי המפורט בתנאי הפוליסה**

השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) <sup>2</sup>	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
20% מההוצאה בפועל	אין.	<p>סעיף 2.1.1 - כיסוי עד 1,100 ₪ להתייעצות ועד 3,000 ₪ להתייעצויות לשנת ביטוח.</p> <p>סעיף 2.1.2 - כיסוי עד 3,000 ₪ לשנת ביטוח. התייעצות זו לא תבוא במניין ההתייעצויות מומחה כמפורט בסעיף 2.1.1.</p> <p>סעיף 2.1.3 - עד 1,000 ₪ לשנת ביטוח. התייעצות זו לא תבוא במניין ההתייעצויות מומחה כמפורט בסעיף 2.1.1.</p>	<p>סעיף 2.1 לפרק - החזר עבור:</p> <p>סעיף 2.1.1 - התייעצות עם רופא מומחה לגבי מצבו הרפואי של המבוטח.</p> <p>סעיף 2.1.2 - התייעצות לצורך חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית.</p> <p>סעיף 2.1.3 - התייעצות לצורך חוות דעת שנייה לפיענוח בדיקות הדמיה אצל רדיולוג מומחה.</p>	התייעצות עם רופא מומחה

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

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) <sup>2</sup>	השתתפות עצמית
חוו"ד שניה בחו"ל	סעיף 2.2 לפרק - החזר עבור התייעצות עם רופא מומחה או מרכז רפואי בחו"ל, עקב מחלה או תאונה שאירעו לראשונה במהלך תקופת הביטוח.	סעיף 2.2.1 - התייעצות עם נותן שירות שבהסכם תכוסה במלואה. סעיף 2.2.2 - התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם תכוסה עד הסכום המשולם לנותן שירות שבהסכם או עד 4,500 ש"ח, הגבוה ביניהם. סעיף 2.2.3 - במקרה בו חוו"ד השנייה בחו"ל מחייבת נסיעת המבוטח לחו"ל, בהתאם לדרישת נותן השירות, ועל פי קריטריונים רפואיים מקובלים, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות טיסה ושהייה בגובה 7,500 ש"ח לכל תקופת הביטוח.	אין	אין
בדיקות רפואיות	סעיף 2.3 לפרק - החזר בגין בדיקות רפואיות לצורך אבחון ו/או מניעת מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול בה.	כיסוי עד 4,400 ש"ח לבדיקה ועד 10,000 ש"ח החזר של 10,000 ש"ח בשנה.	אין.	20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיה ושיקום	סעיף 2.4 לפרק - החזר בגין טיפולי פיזיותרפיה לסוגיה השונים ו/או טיפולי שיקום (לרבות שיקום דיבור/ראיה לאחר CVA, או בעקבות תאונה או מחלה) ו/או ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים, הדרושים למבוטח על פי הנחיית רופא.	כיסוי עד 15 טיפולים בשנה ועד 2,500 ש"ח לשנה. במקרה של התעמלות לשיקום לבבי על פי הנחיית קרדיולוג, יכוסו טיפולי שיקום לבבי עד 150 ש"ח לחודש למשך 9 חודשים.	אין.	20% מההוצאה בפועל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) <sup>2</sup>	השתתפות עצמית
אביזרים רפואיים	סעיף 2.5 לפרק - החזר בגין אביזר רפואי שאינו שתל (לרבות מדרסים, סד גבס קל, פאה לחולה אונקולוגי, מכשירי עזר נשימתי כדוגמת CPAP, חגורות אורתופדיות אביזרי שמיעה וכיו"ב), הנדרש למבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, בגין מחלה או תאונה אשר אירעו לראשונה במהלך תקופת הביטוח.	כיסוי עד 4,000 ₪ לכל האביזרים בכל תקופת הביטוח.	אין.	20% מההוצאה בפועל
בדיקות לרפואה מונעת	סעיף 2.6 לפרק - החזר בגין בדיקות רפואה מונעת, הכוללות ממוגרפיה, בדיקת PAP Smear, בדיקת צפיפות העצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני.	כיסוי עד 320 ₪ לבדיקה אחת ל-3 שנים (לכל בדיקה).	אין.	20% מההוצאה בפועל
בדיקות גנטיות מניעתיות	סעיף 2.7 לפרק - החזר בגין אבחון גנטי לגילוי נשאות גנים סרטיניים.	עד 4,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.	אין	20% מההוצאה בפועל
טיפול על ידי מיקרופאג'ים	סעיף 2.8 בפרק - החזר בגין טיפול ע"י מקרופאג'ים בפצעים פתוחים ו/או פצעי לחץ ו/או כיבים סכרטיים ו/או מכל סיבה אחרת.	עד 11,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.	אין	20% מההוצאה בפועל

השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) <sup>2</sup>	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
20% מההוצאה בפועל	סעיף 4 - 180 יום.	<p>סעיף 2.9.1 - כיסוי עד 3,500 ₪ להריון, בהריון מרובה עוברים כיסוי עד 4,500 ₪ להריון.</p> <p>סעיף 2.9.2 - עד 1,000 ₪, פעם אחת במהלך תקופת הביטוח.</p> <p>סעיף 2.9.3 - עד 3,600 ₪.</p>	<p>סעיף 2.9 לפרק - החזר בגין:</p> <p>סעיף 2.9.1 ייעוצים ובדיקות המבוצעות במהלך הריון, לרבות חלבון עוברי ו/או שקיפות עורפית ו/או סקירת מערכות ו/או בדיקת מי שפיר / סיסי שליה ו/או בדיקת NIPT (בדיקת דם לא פולשנית) כדוגמת וורפיי / מטרניטי 21 / פנואמה / ניפטי / הרמוני, ו/או או שימוש בצ'יפ גנטי ו/או כל בדיקה אחרת שתידרש על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי לבחינת תקינות ההריון ו/או בריאות העובר (למעט מעקב שגרתית).</p> <p>סעיף 2.9.2 בדיקות גנטיות - יכוסו בדיקות גנטיות לשלילת מומים מולדים ו/או מחלות גנטיות, או אבחון נשאות של מחלות גנטיות טרום הריון.</p> <p>סעיף 2.9.3 במקרה בו קיים צורך בהפסקת הריון, בכפוף להוראות הפוליסה, באמצעות שימוש בגלולת מייפג'ין.</p>	בדיקות ושירותים בהריון
חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.				הערות

פרק 7 - הוצאות רפואיות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
אחות פרטית	סעיף 1.2 לפרק - החזר עבור אחו/ות פרטי/ת במהלך אשפוז.	עד 500 ₪ ליום ולתקופה של עד 10 ימים.	אין.
אשפוז פרטי	סעיף 1.3 - החזר עבור אשפוז בחדר פרטי.	עד 350 ₪ למשך 3 ימי אשפוז לכל היותר.	50% מההוצאה בפועל
התקנת אביזר רפואי	סעיף 1.4 - החזר עבור התקנת אביזר רפואי כמפורט בסעיף 1.4.1 בפרק בכפוף להמלצת רופא מומחה להתקנת אביזר רפואי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.	עד 20,000 ₪ למקרה ביטוח.	אין.
העברות ונסיעות	סעיף 1.5 - במקרה של ביצוע טיפול רפואי במהלך אשפוז בישראל, יכוסו הוצאות נסיעה באמבולנס, אל מקום ביצוע הטיפול ובחזרה, ובין בתי חולים, אם נדרש המבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מטעמו של המבוטח, לנסיעה באמבולנס. במקרה של ביצוע טיפול רפואי במהלך אשפוז בישראל אשר מחייב העברה בהטסה רפואית על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מטעמו של המבוטח, יכוסו הוצאות הטסה רפואית.	עבור נסיעה באמבולנס - עד תקרה בגובה תעריף מד"א.	אין.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
גמלת החלמה והוצאות החלמה	<p><u>סעיף 1.6</u></p> <p>סעיף 1.6.1 הוצאות החלמה - במקרה של ניתוח מורכב, ולאחריו נדרש המבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי ו/או מבצע הטיפול הרפואי בפועל להחלמה בבית החלמה מוכר.</p> <p>סעיף 1.6.2 הוצאות שיקום ופיזיותרפיה - במקרה של ניתוח מורכב, ולאחריו נדרש המבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי ו/או המנתח המבצע את הניתוח בפועל לשיקום באמצעות טיפולי ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים או התעמלות שיקומית ו/או טיפולי פיזיותרפיה לסוגיה השונים.</p>	<p>סעיף 1.6.1 עד 600 ש"ח ליום ועד 10 ימים ברציפות.</p> <p>סעיף 1.6.2 עד 150 ש"ח לטיפול ועד 24 טיפולים.</p>	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

כלל סכומי הביטוח לעיל יהיו צמודים למדד המחירים שפורסם ביום 15.04.2023.

### מידע נוסף:

**סכומים שאינם בערך נקוב:** יובהר כי תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב, אם קיימים בפוליסה שברשותך, מבוססים על מחירי הסכם המתעדכנים מעת לעת על פי המפורט באתר החברה.

לברור גובה תגמולי הביטוח האמורים הנכללים בתכנית הביטוח שברשותך, ניתן לפנות למוקד הראל, בטלפון \*הראל (2735\*) או באתר האינטרנט של החברה שכתובתו <http://www.harel-group.co.il/wps/portal>.

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

# פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי

## 1. כללי

- 1.1. כותרות הסעיפים הינן לצורכי נוחות הקריאה, ואינן משמשות לצורכי פרשנות ההסכם. תוכן הסעיפים הוא הקובע.
- 1.2. האמור בלשון זכר משמעותו גם נקבה ולהיפך, והאמור בלשון יחיד משמעותו גם רבים ולהיפך. אין בניסוח בלשון זכר/נקבה ו/או יחיד/רבים בסעיף ספציפי כלשהו בפוליסה כדי לגבור על הוראות סעיף זה.

## 2. הגדרות

- 2.1. **הסכם הביטוח** - הסכם הביטוח אליו צורפה פוליסה זו, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים ו/או שיצורפו לו במהלך תקופת הביטוח בהסכמת הצדדים.
- 2.2. **הביטוח הקודם** - הסכם ביטוח שבין בעל הפוליסה לבין הראל חברה לביטוח, לרבות נספחים, הרחבות, הארכות ותוספות שצורפו לו במהלך תקופת הביטוח, שהיה בתוקף עד תאריך תחילת הביטוח בביטוח זה.
- 2.3. **תאריך תחילת הביטוח** - 30.04.2023 (שלושים באפריל 2023)
- 2.4. **תקופת הביטוח** - תקופה בת 60 חודשים שתחילתם בתאריך תחילת הביטוח.
- 2.5. **שנת ביטוח** - תקופה בת 12 חודשים רצופים אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח, ומתחדשת כל 12 חודשים.
- 2.6. **עובד קיים** - מי שמועסק אצל בעל הפוליסה בתאריך תחילת הביטוח, בהתאם לתנאים ולכללים הנהוגים והמקובלים אצל בעל הפוליסה (לרבות עובד זמני, עובד קבוע, עובד בחוזה אישי, עובד בחוזה מיוחד, עובד בחל"ת, עובד בחל"ד).
- 2.7. **עובד חדש** - מי שהחל את העסקתו אצל בעל הפוליסה במהלך תקופת הביטוח ולאחר תאריך תחילת הביטוח, בהתאם לתנאים ולכללים הנהוגים והמקובלים אצל בעל הפוליסה (לרבות עובד זמני, עובד קבוע, עובד בחוזה אישי, עובד בחוזה מיוחד, עובד בחל"ת, עובד בחל"ד).
- 2.8. **עובד** - עובד קיים ו/או עובד חדש.
- 2.9. **בן/בת זוג** - בן/בת זוג של עובד, לרבות ידועה/בציבור ובן/בת זוג עליו/ה הצהיר העובד כבן/בת זוג, ולרבות בני/בנות זוג מאותו מין.
- 2.10. **ילד** - ילד/ה של עובד, לרבות ילד מאומץ ו/או ילד של בן/בת זוג שגילו קטן מ-25.
- 2.11. **ילד בוגר** - ילד/ה של עובד, לרבות ילד מאומץ ו/או ילד של בן/בת זוג שגילו 25 או יותר. כילד בוגר יחשב גם ילד של עובד ו/או ילד של בן/בת הזוג של עובד, אשר צורף לביטוח וצירף עימו את בן/בת זוגו ו/או את ילדיו, גם אם גילו קטן מ-25.
- 2.12. **חתן/כלה** - בן /בת זוג של ילד העובד, לרבות ידועה/בציבור ובן/בת זוג עליו/ה הצהיר העובד כבן/בת זוג של ילדו, ולרבות בני/בנות זוג מאותו מין.
- 2.13. **נכד** - ילד/ה ילדה של ילד העובד לרבות ילד מאומץ ו/או ילד של חתן/כלה, שגילו קטן מ-25.
- 2.14. **נכד בוגר** - ילד/ה ילדה של ילד העובד לרבות ילד מאומץ ו/או ילד של חתן/כלה, שגילו 25 או יותר.
- 2.15. **בן משפחה** - בן /בת זוג ו/או ילד ו/או ילד בוגר ו/או חתן/כלה ו/או נכד ו/או נכד בוגר.

- 2.16. **מבוטח** - עובד ו/או בן משפחה אשר הצטרף לביטוח זה בהתאם לתנאי ההצטרפות המפורטים בו.
- 2.17. **מוטב** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח בקרות מקרה ביטוח. בהיעדר קביעת מוטב מפורשת על ידי המבוטח, יהיה המבוטח המוטב, או יורשיו החוקיים של המבוטח לאחר מותו.
- 2.18. **מקרה ביטוח** - מערכת עובדות ונסיבות המוגדרת בפרקי הכיסוי, אשר בהתקיים אותן עובדות ונסיבות זכאי המבוטח לכיסוי על פי פוליסה זו.
- 2.19. **דמי ביטוח** - הסכום המשולם לחברה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, בגין התחייבויותיה בהסכם זה (הפרמיה).
- 2.20. **סכום ביטוח / תגמולי ביטוח** - הסכום שתשלם החברה למוטב, בקרות מקרה ביטוח, על פי תנאי הכיסוי בביטוח זה, ולא יותר מתקרת תגמולי הביטוח המפורטת, אם מפורטת.
- 2.21. **השתתפות עצמית** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. תגמולי הביטוח שתשלם החברה הינם בגובה הוצאות המבוטח בניכוי ההשתתפות העצמית הקבועה, אם קבועה, ולא יותר מתגמולי הביטוח המירביים הקבועים לאותו כיסוי.
- 2.22. **חיתום** - תהליך קבלה לביטוח המתבסס על מידע רפואי שמסר המבוטח לחברה בקשר עם מצבו הרפואי, ולפיו קובעת החברה את תנאי קבלתו / דחייתו של המבוטח לביטוח, וכל זאת במקרים בהם נדרש חיתום על פי תנאי ביטוח זה בלבד.
- 2.23. **הסכם** - הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין החברה לבין נותן שרות כלשהו בנוגע למתן שירותים על-פי פוליסת ביטוח זו.
- 2.24. **בית חולים** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים, שאינו סטטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- 2.25. **בית חולים פרטי** - בית חולים כמוגדר בסעיף 2.24, שהוא אחד מאלה:
- (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 - 2014), התשע"ג - 2013.
  - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשויה לספק שירות בחירת רופא בתשלום, וכן המורשה לספק שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן), על ידי הרשויות המוסמכות, לרבות קרנות מחקר וגופים שאינם בבעלות ציבורית, הפועלים, על פי חוק, בתוך בתי חולים ציבוריים.
  - (3) בית חולים בחו"ל.
- 2.26. **בית חולים בהסכם** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 2.24 ו-2.25 לעיל הנמצא בהסכם עם המבוטח.
- 2.27. **בית חולים אחר** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 2.24 ו-2.25 לעיל שאינו בית חולים בהסכם.
- 2.28. **הטסה רפואית** - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס ייעודי, בליווי צוות ו/או ציוד רפואי המותאם למצבו הרפואי של המבוטח.
- 2.29. **מעבדה** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה היא פועלת.
- 2.30. **רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, וכן רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמומחה בתחום רפואי מסוים, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא משמש כרופא.



- 2.31. **רופא מומחה בכיר** - רופא מומחה המועסק על ידי בית חולים בישראל בדרגת סגן מנהל המחלקה ומעלה.
- 2.32. **מנתח** - רופא מומחה, המורשה על פי הסמכתו לנתח.
- 2.33. **מנתח הסכם** - מנתח הקשור בהסכם עם החברה.
- 2.34. **מנתח אחר** - מנתח שאינו מנתח הסכם.
- 2.35. **מרדים** - רופא מומחה, המורשה על פי הסמכתו לשמש כרופא מרדים.
- 2.36. **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה בנושא רפואי שבתחום מומחיותו.
- 2.37. **אח / אחות** - אח/ות מוסמך/כת על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל, והסמכתו/ה תקפה במדינה בה הוא משמש כאח/ות.
- 2.38. **אשפוז** - שהייה בחדר בבית חולים, לרבות במסגרת אשפוז יום (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום).
- 2.39. **חדר ניתוח** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לביצוע ניתוחים, וכן "מרפאה כירורגית פרטית" כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות סעיף 34 (א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 2.40. **נותן שרות** - 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.
- 2.41. **בדיקות רפואיות** - בדיקות המבוצעות לצורך אבחון מצבו הרפואי של המבוטח ו/או למניעת מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול במבוטח או לטיפול במבוטח ו/או לכל צורך רפואי אחר, שהצורך בהן נקבע על ידי רופא מומחה או רופא כללי, הכוללות, בין היתר בדיקות מעבדה, בדיקות הדמייה, בדיקות פתולוגיות ובדיקות רפואיות נוספות כדוגמת EEG, EMG, א.ק.ג ועוד.
- יובהר, אין בהגדרתה של בדיקה כלשהי כאמור לעיל ולהלן, כדי לקבוע את מסגרת הכיסוי לאותה בדיקה, ובמקרה בו בדיקה כלשהי מהווה תחליף לניתוח, לדוגמה, תכוסה הבדיקה כטיפול מחליף ניתוח.
- 2.42. **בדיקות מעבדה** - בדיקה של דגימה מגופו של המבוטח ובחינתה במעבדה, לרבות בדיקות דם, בדיקות שתן, בדיקות צואה ובדיקות נוספות.
- 2.43. **בדיקת הדמייה / הדמייה** - בדיקה המבוצעת על ידי שימוש בטכנולוגיה, באביזרים ו/או בתהליכים לצורך הראיית איברים פנימיים של גוף האדם, כדוגמת רנטגן, CT, MRI, CARDIO CT, חוות דעת שנייה על בדיקות הדמייה, בדיקת קפסולה אנדוסקופית, תהודה מגנטית פונקציונאלית FMRI, הדמיית בלוטות ממוחשבת, CT PET וכיו"ב.
- 2.44. **בדיקה פתולוגית / פתולוגיה** - בדיקה של המבוטח או של דגימה מגופו או של גורמים להפרעה בפעילות גופו, הכוללת אחת או יותר מהבדיקות: פיסיולוגיות, היסטולוגיות, מיקרוביולוגיות, אימונולוגיות, ביוכימיות ואחרות.
- 2.45. **תקופת אכשרה** - תקופה רצופה המתחילה לגבי כל מבוטח בתאריך הצטרפותו לביטוח ו/או במועד הוספת כיסוי, ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק בפוליסה זו. לא צוינה תקופת אכשרה לפרק מסוים, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי לפרק זה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח בתקופות ביטוח שאינן רצופות. למען הסר ספק, למבוטחים בביטוח הקודם המצטרפים ברצף ביטוחי לביטוח זה לא תהא תקופת אכשרה.
- תקופת אכשרה לא תחול על מקרי ביטוח שנגרמו עקב אירוע תאונתי.

- 2.46. **תקופת המתנה** - תקופה רצופה המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך קרות מקרה הביטוח. לא צוינה תקופת המתנה לפרק ו/או לכיסוי כלשהו, לא תחול תקופת המתנה כלשהי לפרק זה. במהלך תקופת ההמתנה לא יהא המבוטח זכאי לקבלת תגמולי ביטוח, זכאותו תחל בתום תקופת ההמתנה.
- 2.47. **סייג בשל מצב רפואי קודם** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או המפחית את חבות החברה או את היקף הכסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.48. **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 שתועדה במהלך שלוש השנים שקדמו להצטרפותו לביטוח, או בהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 2.49. **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק הבריאות.
- 2.50. **שירותי בריאות נוספים (שב"ן)** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים בהתאם להוראות חוק הבריאות, הניתנת לחבריה על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 2.51. **ישראל** - מדינת ישראל, לרבות השטחים ביהודה שומרון וחבל עזה אשר תחת שלטון ישראל.
- 2.52. **חו"ל** - כל ארץ מחוץ לישראל.
- 2.53. **חוק הבריאות** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, והתקנות שהותקנו מכוחו.
- 2.54. **סל שירותי הבריאות** - סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק הבריאות.
- 2.55. **מדד** - מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין מדד המחירים לצרכן.
- 2.56. **המדד היסודי** - המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.
- 2.57. **המדד הקובע** - המדד הידוע במועד ביצוע תשלום כלשהו על פי הסכם זה.
- 2.58. **המפקח על הביטוח** - הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

### 3. הגדרות פרוצדורות רפואיות

- 3.1. **השתלה** - השתלת איבר כהגדרתה להלן:
- 3.1.1. כריתה כירורגית או הוצאה מלאה או חלקית של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה, רחם, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח (תרומה עצמית) במקומם.
- 3.1.2. כריתה כירורגית או הוצאה מלאה או חלקית של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה, רחם וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מבעל חיים במקומם, בשלב בו השתלת איבר מבעל חיים אושרה כטיפול שאינו ניסיוני במדינות המוכרות ו/או במדינה בה מבוצעת ההשתלה.
- 3.1.3. כריתה כירורגית או הוצאה מלאה או חלקית של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה, רחם וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר פותחו באמצעים טכנולוגיים במקומם, בשלב בו השתלת האיבר שפותח באמצעים אלו אושרה כטיפול שאינו ניסיוני במדינות המוכרות ו/או במדינה בה מבוצעת ההשתלה.
- 3.1.4. כריתה כירורגית או הוצאה של איבר או חלק מאיבר מגוף המבוטח של איבר אחר (שאינו מפורט בסעיף 3.1.1 לעיל), שלם או חלקי, למטע השתלת עור

והשתלת קרנית, בטכנולוגיה הקיימת כיום או שתהיה קיימת בעתיד, בשלב בו הפרוצדורה אינה מוגדרת כניסיונית במדינות המוכרות ו/או במדינה בה מבוצעת ההשתלה.

3.1.5. השתלת מח עצם ו/או תאי גזע ו/או תאי אב מדם טבורי ו/או מדם היקפי אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח (תרומה עצמית).

במקרה בו ישתל איבר מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

יובהר, מקרה בו בוצעה השתלת איבר או חלק מאיבר כמפורט בסעיפים 3.1.1 - 3.1.5, ללא שבוצעה כריתה כירורגית או הוצאה של איבר קיים או חלק מאיבר קיים, תחשב כהשתלה לכל דבר ועניין.

3.2. **טיפול מיוחד** - פרוצדורה רפואית, אשר מתקיים בה אחד התנאים המפורטים להלן, על פי קביעת רופא מומחה בעל מומחיות בתחום הרלוונטי, מטעמו של המבוטח:

3.2.1. אינה ניתנת לביצוע בישראל, או שקיימת המלצת רופא מומחה מטעם המבוטח לביצוע הפרוצדורה בחו"ל בשל עדיפותה (על פי קריטריונים רפואיים מקובלים) על פני פרוצדורה חלופית בישראל.

3.2.2. נועדה לטיפול במחלת הסרטן או במחלה אוטואימונית, ואשר על פי פרסומים רפואיים מקובלים, הוכחה הצלחתה בהצלחת חיים ו/או בהארכת חיים ו/או בשיפור איכות חיים במצבו הרפואי של המבוטח.

3.2.3. סיכויי הצלחתה בחו"ל גבוהים יותר מסיכויי הצלחתה בישראל.

יובהר במקרים בהם הניסיון בביצוע הפרוצדורה בחו"ל רב יותר באופן משמעותי מהניסיון בישראל, ייחשב הדבר כסיכויי הצלחה גבוהים יותר בחו"ל.

3.2.4. זמן ההמתנה לביצועה בישראל ארוך יותר מזמן ההמתנה לביצועה בחו"ל, וכתוצאה מההמתנה קיימת, על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, סכנה לחיי המבוטח ו/או להחמרה במצבו הרפואי של המבוטח.

3.2.5. הפרוצדורה נדרשת למניעת אובדן ראייה בעין אחת או שתיים ו/או אובדן שמיעה באוזן אחת או שתיים ו/או גרימת נכות צמיתה מעל 75%.

3.2.6. אי ביצוע הפרוצדורה עלול לגרום לסכנה לחיי המבוטח ו/או נקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח, כי הפרוצדורה נועדה להצלת חיי המבוטח.

3.3. **ניתוח** - פעולה פולשנית - חיריתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול. למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן) ותחול ההגדרה המפורטת בהם.

3.4. **ניתוח מורכב** - ניתוח לב הכולל פתיחת בית חזה או ניתוח מוח או ניתוח גב או ניתוח אשר המבוטח שהה באשפוז לפחות 7 ימים רצופים לאחר הניתוח.

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

למען הסר ספק רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח יהיה הגורם המכריע כי הפעולה הינה טיפול מחליף ניתוח, וכי תוצאת הפעולה תביא לתוצאות דומות לניתוח ולתהליך הטיפול הנדרש במצבו הרפואי של המבוטח. למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן) ותחול ההגדרה המפורטת בהם.

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

למען הסר ספק, במקרים בהם בביצוע פרוצדורה רפואית המכוסה על פי הסכם זה קיימת אפשרות בחירה בין שתלים שונים, אשר יש בהם כדי להשיג תוצאות שונות למבוטח (להחלמתו, לטיפול בו או לכל צורך אחר), תהא בחירת המבוטח ו/או הרופא מטעמו הבחירה הקובעת. לחברה אין ולא תהיה זכות להגביל את בחירת המבוטח מכל סיבה שהיא, למעט תקרות הכיסוי המפורטות בהסכם זה, אם מפורטות.

למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מה"שקל הראשון", משלים שב"ן) ותחול ההגדרה המפורטת בהם.

3.7. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, או תכשיר רפואי, אשר נועד על פי קביעת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, לאבחון או ריפוי או הקלה על סימפטומים של מצב רפואי או טיפול במצב רפואי או מניעת החמרה של מצב הרפואי (לרבות מניעת התפתחות מצבים רפואיים נוספים), או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.

3.8. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך.

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

3.10. **מרשם** - מסמך רפואי החתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה, על פי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, וקובע את הטיפול התרופתי הנדרש, את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם יהיה לכל תרופה בנפרד, ולתקופת טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם. נרשמו במרשם אחד מספר תרופות, יתישב כל תרופה הרשומה בו כמרשם נפרד.

3.11. **המדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

3.12. **תרופת OFF LABEL** - תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה-FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug Information

3. US Pharmacopoeia-Drug Information

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

4.1. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa

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

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

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

5.1. NCCN

5.2. ASCO

5.3. NICE

5.4. ESMO Minimal Recommendation

6. תרופה שעונה לקריטריונים הבאים:

6.1. הומלצה לטיפול על ידי רופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה/ס' מנהל מחלקה/ מנהל מכון/מנהל יחידה או פרופסור ממוסד אקדמי בישראל.

6.2. ההמלצה כוללת אישור מפורש כי הטיפול הנדרש מהווה טיפול סביר ומקובל (standard of practice) לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

6.3. ההמלצה מסתמכת על שני מאמרים מעיתונות רפואית בעלת שם כדוגמת Lancet, NEJM, JAMA.

3.13. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה ו/או תרופה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") של חולים המשתייכים לאחת מחמש הקבוצות הבאות:

1. חולים במחלה יתומה בשכיחות נמוכה מחולה אחד מתוך 1,500 תושבים בארצות הברית.

2. חולים במחלה יתומה בשכיחות נמוכה מחולה אחד מתוך 2,000 תושבים באיחוד האירופי.

3. חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפוחת לה תרופה ללא תמריצים בארצות הברית או באיחוד האירופאי.

4. חולים במחלה שהוכרה על ידי המוסדות המוסמכים בארצות הבית ו/או באירופה, orphan disease או neglected diseases או rare disease.

קביעת התרופה כתרופה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת התרופה ותתבסס על קביעת הרשויות המוסמכות בארצות הברית ו/או האיחוד האירופי.

3.14. **תרופת מיוחדת** - תרופה שלא אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ומתקיים בה אחד התנאים המפורטים להלן:

1. תרופה שאושרה לשימוש למבוטח על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות כתרופת IND (Investigational New Drug).

2. תרופה שהוגשה לאישור למצבו הרפואי של המבוטח, ואושרה על ידי הרשויות המוסמכות לשימוש במבוטח כתכשיר שאינו רשום ו/או לחולה בודד.

3. תרופה שנמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תוצאות בדיקה גנטית.

4. תרופה העונה לקריטריונים הבאים:

4.1. הומלצה לטיפול על ידי רופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה / ס' מנהל מחלקה/ מנהל מכון/ מנהל יחידה או פרופסור ממוסד אקדמי בישראל.

4.2. ההמלצה נתמכת בשני מאמרים מעיתונות רפואית בעלת שם כדוגמת JAMA, NEJM, LANCET.

4.3. ההמלצה קובעת כי התועלת בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.

5. תרופה אשר אושרה על ידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות להתוויה רפואית כלשהי, והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו - 1986 / נוהל 129.

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

1. תרופה שלא אושרה על ידי רשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לשימוש כלשהו.

2. תרופה שאושרה לשימוש כלשהו על ידי רשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך בקריטריונים רפואיים מקובלים ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

3. תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני.

ההגדרות שפורטו לעיל נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" ובחוזר הביטוח 18-1-2015 "הוראות לענין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות".

#### 4. מבנה הביטוח

פירוט הכיסוי, אופן ההצטרפות, המימון והגבייה

עובד	בני משפחה	ילד בוגר ובני משפחתו (כלות/חתנים ונכדים)
<p><b>הכיסוי</b></p> <p>השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שיפוי הוצאות רפואיות בגילוי מחלה קשה ניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות בישראל (משקל ראשון / משלים שב"ן) שירותים אמבולטוריים הוצאות רפואיות</p>		
הצטרפות	וולונטרי	וולונטרי
מימון	עובד	עובד
גבייה	מרוכז	אישי

#### 5. תוקף הביטוח

הביטוח על פי הסכם זה יכנס לתוקפו בתאריך תחילת הביטוח ובכפוף לתנאים הבאים:

5.1 בעל הפוליסה מסר לחברה מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה. לשם כך הועבר לחברה קובץ נתוני המבוטחים הכולל פרטים אישיים (שמות המבוטחים, מספרי זהות, תאריכי לידה, תאריך ההצטרפות לביטוח ודמי הביטוח המשולמים בגינם).

5.2 צורפו המבוטחים הקיימים לביטוח כמפורט בסעיף 7 להלן.

5.3 בעל הפוליסה מסר למבטחת, הצהרה והתחייבות, כי לענין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

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

## 6. תקופת הביטוח

- 6.1. תקופת הביטוח תחל בתאריך תחילת הביטוח ותימשך 60 חודשים עד ליום 29.4.2028 (להלן: "תאריך תום תקופת הביטוח").
  - 6.2. בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לסיומו בהודעה מוקדמת בת 90 יום ובלבד שנערך הסכם ביטוח חלופי אצל מבטח אחר ליתרת תקופת הביטוח. במהלך תקופת ההודעה המוקדמת ימשיך הסכם הביטוח להתקיים במלואו.
  - 6.3. תקופת ההסכם תחודש לתקופת ביטוח נוספת בת 60 חודשים (להלן: "תקופת ההארכה") עד ליום 30.4.2033 (להלן: "תאריך תום תקופת ההארכה"), בהסכמת הצדדים, במפורש ובכתב.
  - 6.4. כל מבטח רשאי לדרוש את ביטול הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח. ביטול הביטוח למבטח מסוים תעשה בהודעה בכתב, ומשמעה ביטול הביטוח על כל נספחיו ולכל בני המשפחה שצורפו עימו.
- אין בביטול הביטוח למבטח מסוים כדי למנוע את הצטרפותו של אותו מבטח לביטוח לאחר מכן, בתנאים המפורטים בסעיף 7.3 להלן.

## 7. הצטרפות לביטוח

### 7.1. אופן ההצטרפות לביטוח

- 7.1.1. **מבטחים קיימים** - יצורפו לביטוח באופן אוברליגטורי, במועד תחילת הביטוח, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום.
  - 7.1.2. **עובדים קיימים שאינם מבטחים קיימים** - יוכלו להצטרף לביטוח באופן וולונטרי, כאשר במשך 90 יום ממועד תחילת הביטוח יוכלו להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר חלוף 90 יום, כאמור, יוכלו להצטרף לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם.
  - 7.1.3. **עובדים חדשים** - יוכלו להצטרף לביטוח באופן וולונטרי, כאשר במשך 90 יום ממועד תחילת עבודתם יוכלו להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר חלוף 90 יום, כאמור, יוכלו להצטרף לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם.
  - 7.1.4. **בני משפחה של עובד שאינם מבטחים קיימים** - יוכלו להצטרף לביטוח באופן וולונטרי, כאשר במשך 90 יום ממועד תחילת הביטוח (לבני משפחה של עובדים קיימים שהועסקו אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הביטוח) או מיום תחילת עבודת העובד (לבני משפחה של עובדים חדשים שהחלו את עבודתם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הביטוח), או מיום הפיכתם לבני משפחה של עובד (בני משפחה חדשים - חתונה / לידת ילד וכיו"ב), יוכלו בני המשפחה להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר חלוף 90 יום, כאמור, יוכלו בני המשפחה להצטרף לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם.
- צירוף בני משפחה חדשים תהיה למפרע מרגע הפיכתם לבני משפחה חדשים (מרגע הלידה/ ממועד החתונה וכיו"ב), בכפוף לתשלום הפרמיה ממועד זה, ובתנאי שהבקשה לצירוף תתקבל בתוך 90 יום ממועד הפיכתם לבני משפחה כאמור.
- במקרה בו ההצטרפות כרוכה במילוי הצהרת בריאות, מועד הצירוף יהיה מהחודש בו אושר צירופו של בן המשפחה לביטוח.
- במקרה של צירוף ילד שנולד, מניין 90 הימים יחל מיום חזרת העובד/ת מחל"ת / חל"ד.

## 7.2. הוראות לעניין הצטרפות הכרוכה בחיתום רפואי

7.2.1 בכל מקום בו ההצטרפות הינה וולונטרית, וכרוכה במילוי הצהרת בריאות, יום תחילת הביטוח לפי הסכם זה יהיה המועד בו ניתן אישור החברה על צירופו לביטוח וכפי שידווח בקובץ המבוטחים, על פי ההסדר התפעולי שיתואם בין הצדדים.

7.2.2 החברה לא תדרוש ממועמד לביטוח מידע או מסמכים שאדם סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי המועמד.

7.2.3 החברה תפעל בסבירות ובמידתיות בעת ביצוע חיתום רפואי ובעת קביעת תנאי קבלה לביטוח.

7.2.4 תוצאות החיתום האפשריות הינן קבלה לביטוח, אי קבלה לביטוח, קבלה לביטוח תחת תנאי החרגה. לא תתאפשר קביעת תוספות פרמיה בגין מצב רפואי.

7.2.5 תהליך החיתום ובדיקת המצב הרפואי תתבצע נוכח המידע שקיבלה חברת הביטוח במסגרת הליך החיתום הרפואי לצורך הצטרפות לביטוח זה בלבד.

7.2.6 החיתום הרפואי ייערך במישרין עם המועמד לביטוח, אלא אם נסיבות העניין מצדיקות סטייה מעיקרון זה - כגון חיתום שיתבצע מול הורה עבור ביטוח לילדו.

7.2.7 מידע אודות תוצאות החיתום למועמד לביטוח:

7.2.7.1 החברה תעביר למועמד לביטוח העתק מטופס ההצטרפות, לרבות שאלות החיתום עליהן השיב המועמד עם פירוט תשובות המועמד לביטוח לגבי שאלון זה.

7.2.7.2 קבעה החברה תנאים מסוימים לקבלה לביטוח של מועמד מסוים, תביא לידיעת המועמד בכתב את התנאים השונים ותפעל לקבלת הסכמתו בכתב, לתנאים אלה, טרם תחילת הביטוח.

7.2.7.3 החליטה החברה לא לבטח מועמד מסוים, תמסור למועמד, בהודעה בכתב את החלטתה כאמור, ותפרט את תמצית הטעמים להחלטתה.

## 7.3. הצטרפות מבוטחים חוזרים

הצטרפות מבוטחים שביטלו את הביטוח במהלך תקופת הביטוח, ויהיו מעוניינים להצטרף לביטוח לאחר ביטולו, יהיו רשאים לעשות כן באופן וולונטרי, בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי והסכמת חברת הביטוח לקבלם, בתנאים שיקבעו על ידי החברה.

## 7.4. הצטרפות והמשך ביטוח לילדים בוגרים, בני/בנות זוגם ונכדי העובדים

7.4.1 הצטרפות ילד בוגר, תהא כמפורט בסעיף 7.1.4 לעיל, בצירוף פרטי אמצעי גבייה אישי לתשלום דמי הביטוח בגינו.

7.4.2 הגיע ילד מבוטח במהלך תקופת הסכם זה לגיל 25, ימשיך הביטוח בגינו תמורת תשלום פרמיה זהה לפרמיה הקבועה לבן/בת זוג.

הודעה על שינוי הפרמיה מתעריף ילד לתעריף בוגר תימסר למבוטח על ידי החברה 30 ימים לפני השינוי האמור, בהתאם לקבוע בהוראות המפקח.

7.4.3 ילדי עובדים שנישאו יוכלו לצרף את בני/בנות זוגם באופן וולונטרי כמפורט בסעיף 7.1.4 לעיל, תמורת תשלום פרמיה זהה לפרמיה הקבועה לבן/בת זוג, שתשלום בגין ילדי העובד ובגין בן/בת זוגם, אף אם גילם פחות מ-25.

7.4.4 ילדי הילדים (נכדי העובדים) יוכלו להצטרף באופן וולונטרי כמפורט בסעיף 7.1.4 לעיל, תמורת תשלום פרמיה זהה לפרמיה הקבועה לילד.



- 7.4.5 דמי הביטוח בגין ילדים בוגרים, בני/בנות זוג של ילדים בוגרים ונכדי עובדים ישולמו באמצעי גבייה אישי.
- 7.5 **המועד הקובע לצירוף מבוטחים**
- 7.5.1 **מבוטחים קיימים**  
מועד הצטרפותם של מבוטחים קיימים יהיה תאריך תחילת הביטוח.
- 7.5.2 **מבוטחים חדשים המצורפים וולונטרית ללא חובת מילוי הצהרת בריאות**  
מועד צירופם לביטוח, אשר יפורט בקובץ המבוטחים, הינו כמפורט להלן:  
בקשת הצטרפות שמולאה והוגשה עד ה-15 בחודש (כולל) - מועד הצירוף לביטוח יהיה ה-1 באותו חודש.  
בקשת הצטרפות שמולאה והוגשה לאחר ה-15 בחודש - מועד הצירוף לביטוח יהיה ה-1 בחודש העוקב.  
על אף האמור, וכמפורט בסעיף 7.1.4 לעיל, צירוף בני משפחה חדשים תהיה למפרע מרגע הפיכתם לבני משפחה חדשים (מרגע הלידה/ ממועד החתונה וכיו"ב), בכפוף לתשלום הפרמיה ממועד זה.
- 7.5.3 **מבוטחים המצטרפים לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות**
- 7.5.3.1 כאמור בסעיף 7.2.1, מבוטח אשר יתקבל לביטוח לאחר תהליך חיתום - מועד הצטרפותו לביטוח הינו המועד בו ניתנה הכרעת החברה בדבר צירופו.
- 7.5.3.2 **למען הסר ספק, אם שולמו לחברה כספים על חשבון פרמיה לפני שניתנה הסכמת החברה לבטח את המועמד, לא תיחשב קבלת הכספים האמורים בידי החברה כהסכמתה לעריכת הביטוח.**
- 7.6 **הוראות הפיקוח לעניין צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:**
- 7.6.1 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- 7.6.1.1 לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין נכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;
- 7.6.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.
- לעניין זה, "הסכמתו המפורשת" - רק לאחר שהמבטח הציג למבוטח את הכיסויים הכלולים בפוליסה ואת סכום דמי הביטוח בעד כל כיסוי.
- 7.6.2 סעיף 7.6.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:
- 7.6.2.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

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

(א) ניתוחים;

(ב) תרופות;

(ג) השתלות;

(ד) מחלות קשות;

(ה) שיניים;

(ו) תאונות אישיות.

## 8. דוחות מבטחים וטפסי הצטרפות במהלך תקופת הביטוח

כאמור בסעיף 5.1 לעיל, וכמפורט להלן, ימסור בעל הפוליסה לחברה מידע לגבי קבוצת המבטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה על פי דין ולפי תנאי ביטוח זה:

8.1. בתחילת הביטוח יעביר בעל הפוליסה למבטח קובץ הכולל את פרטי כל המבטחים הקיימים, הכולל את הפרטים הבאים: מס' עובד, שם פרטי, שם משפחה, מס' ת"ז, תאריך לידה, מין, כתובת מגורים (רחוב ומס' בית, עיר, מיקוד) מס' טלפון נייד, כתובת מייל, תאריך תחילת הביטוח למבטח שהינו מועד תחילת הביטוח ופירוט סוג מבטח (עובד מבטח ראשי, בן/בת זוג וילדים).

8.2. לא יאוחר מ-5 בכל חודש, ימסור בעל הפוליסה קובץ כמפורט לעיל, בגין מצבת העובדים המבטחים בחודש הקודם כאשר מבטחים חדשים שנוספו יצוין תאריך תחילת הביטוח הרלוונטי לאותו מבטח. בנוסף, ידווח בעל הפוליסה למבטח:

8.2.1. פרטי מבטחים חדשים שנוספו באותו קובץ.

8.2.2. פרטי מבטחים שהפסיקו להיות מבטחים בחודש הקודם עקב אחת הסיבות המפורטות בסעיף 11.2 להלן ו/או עקב הגשת בקשה בכתב לביטול הביטוח למבטח.

8.2.3. פרטי עובדים מבטחים הפורשים לגמלאות.

8.3. בנוסף, לפרטים האמורים בסעיף 8.2, יעבירו סוכנות הביטוח ו/או בעל הפוליסה לחברה טפסי הצטרפות והצהרת בריאות של מבטחים חדשים אשר נדרשים למלא טפסי הצטרפות או טפסי הצטרפות הכוללים הצהרת בריאות וטפסי בקשת ביטול.

8.4. מוסכם כי אם תיפול טעות בקובץ המבטחים ושם או שמות מבטחים כלשהם ישמטו מהרשימות הנ"ל ו/או יתווספו בטעות, הם יוספו אליה או יגרעו ממנה, לפי העניין, בהתאם ועל פי הודעת בעל הפוליסה ובאישורו בדבר הטעות שאירעה והתיקון הנדרש.

## 9. רצף ביטוחי בהצטרפות לביטוח והתחלתו

9.1. מבטחים קיימים שצורפו לביטוח זה, יצורפו על פי האמור בסעיף 7.1 לעיל, ברצף ביטוחי מלא, גם אם עודכנו ו/או הורחבו סכומי הכיסוי ו/או היקפו. על פרקי כיסוי חדשים יחול חריג מצב רפואי קודם.

9.2. מבטחים חדשים שהצטרפו לביטוח זה, והיו מבטחים בביטוח בריאות אחר, ביטוח קבוצתי אחר, או ביטוח פרטי אחר (להלן: "ביטוח אחר"), אצל המבטחת או בחברת

ביטוח אחרת, יוכלו להצטרף לביטוח ברצף ביטוחי מלא לגבי פרקי כיסוי שהיו קיימים בפוליסה הקודמת, גם אם עודכנו סכומי הכיסוי ו/או היקפו, ובתנאי שהעובד העביר בקשה לרצף ביטוחי במועד הצטרפותו לביטוח, לגבי בני משפחה- הזכאות לרצף כאמור, תינתן במקרה בו התקבלה בקשה למתן הרצף בתקופה בה ניתן להצטרף ללא הצהרת בריאות.

הצטרפות לביטוח ברצף ביטוחי מביטוח בריאות קודם, תתאפשר בכפוף להמצאת מסמכים אודות ביטוח הבריאות הקודם, לרבות תנאי קבלת המבוטח לביטוח, ותקפותו עד למועד ההצטרפות לביטוח זה.

9.3. מבוטחים אשר במסגרת הביטוח הקודם או ביטוח אחר נדרשו למלא הצהרת בריאות, יהיו זכאים לרצף ביטוחי מלא על פי תנאי קבלתם בפוליסה הקודמת.

במקרה בו במסגרת הביטוח הקודם או ביטוח אחר נקבעו למבוטח החרגות ו/או סייגים ו/או הגבלות הנובעים ממצב רפואי עליו הצהיר המבוטח בעת הצטרפותו לביטוח הקודם או לביטוח אחר, תנאים אלו יישארו בתוקף במהלך 12 חודשים מיום הצטרפותם לביטוח זה, ולאחר מכן יתבטלו.

במקרה בו במסגרת ביטוח בריאות אחר נקבעו למבוטח תוספות לפרמיה בגין מצב רפואי עליו הצהיר המבוטח בעת הצטרפותו לביטוח, תוספות אלו לא ייגבו, ולא ישולמו דמי ביטוח נוספים מעבר לדמי הביטוח על פי ביטוח זה.

9.4. רצף ביטוחי מלא משמעותו היעדר תקופת אכשרה, וכמועד צירופו של המבוטח לביטוח יראו את מועד צירופו לביטוח הבריאות הקודם או ביטוח אחר לראשונה.

## 10. תום תקופת הביטוח

10.1. תום תקופת הביטוח יהיה לפי המוקדם מבין המועדים המפורטים להלן:

10.1.1. תאריך תום תקופת הביטוח או תאריך תום תקופת הארכה, אם הוארך ההסכם.

10.1.2. מועד תום תקופת ההודעה המוקדמת כאמור בסעיף 6.2 לעיל.

10.1.3. למבוטח מסוים - ה-1 בחודש שלאחר החודש בו פסקה זיקת המבוטח לבעל הפוליסה (סיום עובד מעביד, פטירת עובד שבגינה מסתיימת זיקת בני המשפחה לבעל הפוליסה, או גירושין שבגינם מסתיימת זיקת בן/בת הזוג לבעל הפוליסה), או ה-1 בחודש שלאחר החודש בו הודיע מבוטח בהודעה בכתב על רצונו לבטל את הביטוח.

10.2. בתום תקופת הביטוח או בתום תקופת הארכה, במקרה בו תקופת הביטוח לא תחודש, יהיה כל צד משוחרר מהתחייבויותיו על פי ההסכם זה, למעט התחייבויותיה של החברה בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח, אף אם דווחו לאחר תום תקופת הביטוח.

10.3. פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה, וזאת מבלי לפגוע בזכויות המבוטח בהתאם לסעיף 6.4 לעיל.

## 11. המשכיות בתום תקופת הביטוח

בתום תקופת הביטוח תאפשר החברה למבוטחים להמשיך להיות מבוטחים על פי תנאי המשכיות המפורטים להלן (11.1 או 11.2):

### 11.1. המשכיות במסגרת הפוליסה הקבוצתית

החברה תאפשר לעובד שתם ביטוחו במהלך תקופת הביטוח, כאמור בסעיף 10.1.3, להמשיך בפוליסה זו, יחד עם בני משפחתו, במעמד מיוחד שמשמעו המשך הביטוח על

פי תנאי הכיסוי בפוליסה זו, כאשר תשלום דמי הביטוח יבוצע על ידי העובד באמצעי גבייה אישי, ובגובה 160% מגובה דמי הביטוח המפורטים בסעיף 12 להלן.  
הזכאות להמשכיות הביטוח על פי סעיף זה מותנית בהודעת המבוטח על רצונו להמשיך בביטוח בתנאים אלו, בתוך 90 יום ממועד הודעת חברת הביטוח למבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו, ובתנאי שהעביר לחברה פרטי אמצעי גבייה אישי.  
מובהר כי מבוטחים במעמד מיוחד יחשבו כמבוטחים על פי פוליסה זו וכחלק בלתי נפרד ממנה.

## 11.2 המשכיות במסגרת פוליסת פרט

החברה תאפשר למבוטחים לעבור בתום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 10 לעיל, לפוליסת פרט (להלן: "פוליסת המשך"), שלהלן תנאיה:

11.2.1 תנאי הכיסוי, סכומי הביטוח ותקופות תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת המשך יהיו בהיקף כסויים דומים (אך לא זהים) לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, אלא אם ביקש המבוטח להפחית את היקף הכיסוי, והכל במסגרת פוליסות הפרט הקרובות ביותר בהיקפן ובתנאיהן לתנאי הסכם קבוצתי זה, הקיימות בחברה בתאריך תום תקופת הביטוח.  
בנוסף לאמור, מבוטח יהיה רשאי להגדיל את הכיסוי הביטוחי מעבר לכיסוי הקיים במסגרת הסכם קבוצתי זה, בכפוף לחיתום רפואי וקביעת תנאי הקבלה בגין ההגדלה המבוקשת בלבד.

11.2.2 למען הסר ספק:

11.2.2.1 חיתום רפואי כלשהו בגין הגדלה שביקש המבוטח לא יחול על פוליסת המשך עד התקרות והתנאים על פי הסכם קבוצתי זה.

11.2.2.2 המשכיות תינתן במוצר הפרט הקרוב ביותר הקיים אצל החברה במועד הרלוונטי. ובהיעדר מוצר דומה, תינתן המשכיות למוצר הקרוב ביותר ככל וקיים.

11.2.3 דמי הביטוח בפוליסת המשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבוטח, על פי גיל המבוטח באותה עת. על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 15% לתקופה של שלוש שנים.

11.2.4 במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי ללא חיתום רפואי ובחינה מיוחדת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה. רצף ביטוחי משמעותו שכמועד הצטרפותו לפוליסת המשך לעניין בחינת מצב רפואי קודם יחשב מועד הצטרפותו לביטוח זה, ובמקרה של הצטרפות לביטוח זה ברצף ביטוחי מפוליסה קודמת, כאמור בסעיף 9.1 ו-9.2 לעיל, מצבו הרפואי ייחשב כפי שהיה בעת הצטרפותו לפוליסה הקודמת.

11.3 האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף קטן 11.2, תינתן למי שהיה מבוטח במסגרת ההסכם הקבוצתי בסמוך לפני מועד הפסקת הביטוח הקבוצתי, במקרים ובתנאים המפורטים להלן:

11.3.1 סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, או ביטול הביטוח למבוטח מסוים, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

11.3.2 הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהמבוטחים;

11.3.3 פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

11.3.4 גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

11.4. במקרים המפורטים בסעיף קטן 11.3.1 עד 11.3.3, תיפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי, בכפוף לתשלום דמי הביטוח בגין תקופה זו על ידי המבוטח.

על אף האמור, לגבי מבוטח, אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה - פנייתה של החברה למבוטח כאמור באותו סעיף קטן תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח; בפנייה כאמור תציע החברה למבוטח לעבור לפוליסת המשך, בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. הצעה כאמור תינתן רק אם אותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה הקבוצתית, ואינו זכאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה הקבוצתית.

11.5. במקרה המפורט בסעיף קטן 11.3.4 החברה תאפשר לכל מבוטח שיפנה אליה בתוך 90 יום ממועד הפסקת הביטוח לגביו לעבור לפוליסת המשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח, בכפוף לתשלום דמי הביטוח בגין תקופה זו על ידי המבוטח.

על אף האמור, לגבי מבוטח, אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה - זכותו לפנות אל החברה למעבר לפוליסת המשך כאמור באותו סעיף קטן תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח; למבוטח כאמור תאפשר החברה לעבור לפוליסת המשך, בתוך 90 ימים ממועד הפסקת הביטוח לגביו. הצעה כאמור תינתן רק אם אותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמולי ביטוח לפי הפוליסה הקבוצתית, ואינו זכאי להמשיך להיות מבוטח בפוליסה הקבוצתית.

11.6. מובהר בזאת כי ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

## 12. הפרמיה

12.1. הפרמיה החודשית בש"ח הינה כמפורט בטבלה להלן:

מסלול ניתוחים בישראל משלים שב"ן	מסלול ניתוחים בישראל משקל ראשון	
157	160	עובד/ת
141	144	בן/בת זוג מעל גיל 40
116	119	בן/בת זוג עד גיל 40 (כולל)/ ילד בוגר
52	54	ילד/ה עד גיל 25

ילד/ה שלישי/ית ואילך במשפחה מבוטחת יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח (במניין הילדים לא יובאו ילדים בוגרים ו/או נכדים).

12.2. גיל המבוטח לצורך חישוב הפרמיה החודשית יהיה על פי חודש ושנת הלידה (המועד יחושב על פי ה-1 בחודש. לשם הדוגמא: יליד 1.1.1980, ויליד 30.1.1980 ייחשבו שניהם בני 43 ב-1.1.2023).

12.3. דמי הביטוח בגין עובדים, בני בנות זוג וילדים ישולמו במרוכז על ידי בעל הפוליסה.

12.4. דמי ביטוח בגין ילדים בוגרים ובני משפחה של ילדים בוגרים (חתן/ כלה ונכד) ישולמו באמצעי גבייה אישי.

- 12.5. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.
- 12.6. דמי הביטוח המשולמים במרוכז על ידי בעל הפוליסה ישולמו בתוך 15 ימים מתום החודש בגינו משולמים דמי הביטוח או מהמועד בו נתקבלה דרישה לתשלום דמי הביטוח מאת המבטחת בנוהל שיוגדר בין הצדדים.
- 12.7. אם לא שולם למבטחת תשלום כלשהו (כולל דמי-הביטוח) בגין מבוטח, או שולם תשלום חלקי, עקב טעות, לא תיפגע זכות כלשהי (מכל מין וסוג שהוא, ישירה ו/או עקיפה) של המבוטח ו/או של בעל-הפוליסה וייראו במבוטח כבעל מלוא הזכויות על-פי הסכם זה. 'טעות', על פי סעיף זה, פירושה כל סיבה, למעט מצב בו העביר המבוטח טופס ביטול השתתפות בביטוח בחתימתו לבעל-הפוליסה.

### 12.8. התאמת דמי הביטוח

- 12.8.1. בתום כל 30 חודשים במהלך תקופת הביטוח, תערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת צורך בקיום התאמת פרמיה, התאמת דמי הביטוח תבוצע בהתאם לנוסח התאמת הפרמיה הקיים בהסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת.
- 12.8.2. הפרמיה המעודכנת תכנס לתוקפה בחודש העוקב שלאחר מועד ביצוע הבדיקה.

### 13. תביעות

- 13.1. החברה תברר ותיישב תביעות בתום לב, בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות ובהוגנות.
- 13.2. בעת טיפול בתביעות, החברה לא תתנה קיומה של חובתה במעשה של תובע שאינו מחויב על פי פוליסה זו או הדיון שמכוחם נובעת החובה, למעט התניית קיומה של החובה בהמצאת מידע או מסמכים, כמפורט להלן.
- 13.3. בסמוך לקרות מקרה הביטוח ככל הניתן, יודיע המבוטח לחברה ויקבל את אישור / דחיית החברה לא יאוחר מ-14 ימי עבודה מקבלת כל המסמכים שנדרשו על ידה כמפורט בסעיף 13.4 להלן, או לא יאוחר מ-3 ימי עבודה במקרה חירום.
- 13.4. עם קבלת תביעת מבוטח, תועבר למבוטח בתוך 14 ימי עסקים מקבלת תביעתו דרישת החברה להשלמת מידע ופירוט המסמכים הנדרשים לה לביור חבותה. לא הועברה דרישה כאמור, או הועברה דרישה לאחר מועד זה, יחל מנין הימים האמור בסעיף 13.3 לעיל במועד הגשת התביעה.
- 13.5. קבלת אישור התביעה מראש איננה מהווה תנאי לתשלום התביעה, ובמקרים בהם אם בוצע טיפול רפואי ללא אישור החברה מראש, ידון המבטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות ההסכם והוגשו לחברה כל המסמכים שנדרשו.
- 13.6. למען הסר ספק, החברה לא תדרוש מתובע מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברה יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.
- 13.7. המבוטח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לרבות אבחנת הרופא המטפל ואת כל המסמכים הרפואיים הנדרשים על ידי החברה לביור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות ו/או גוף אחר הקשור לתביעה, למסור לחברה כל מידע רפואי או ידיעה הנוגעים למבוטח הנמצא ברשותם, והכל בכפוף לאמור בסעיף 13.4 לעיל.
- 13.8. החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותה המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, הכל כפי שהחברה תמצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבוטח.

זכותה של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.

13.9. בדיקה רפואית - אם יידרש לכך על ידי החברה, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט או מסמך רפואי שיידרש ויבהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.

#### 13.10. מקרה שאירע בעת שירות צבאי

בעת השירות הצבאי חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מפעם לפעם ועלולות להגביל או למנוע מן החייל קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. לעניין זה עלולה להיות השפעה על מימוש הזכויות המגיעות בהתאם לפוליסה.

#### 13.11. תיאום על ידי החברה

במקרים בהם הכיסוי בפוליסה קובע כי על המבוטח לאפשר לחברה לתאם עבורו את השירות הרפואי, תפעל החברה במקצועיות ובמימונות לתיאום התביעה עם הגורם המטפל שבחר המבוטח, במקום הטיפול שבחר המבוטח ובמועד המתאים ביותר לבחירת המבוטח. תיאום הטיפול הרפואי על-ידי חברת הביטוח לא יעכב, לא ישפיע על בחירת המבוטח ולא יהיה מושפע מהסכמי חברת הביטוח עם ספקים כלשהם, בארץ או בחו"ל.

#### 13.12. מידע נוסף ונלווה

צוות התביעות יספק למבוטח ו/או למשפחתו הקרובה, בהתבסס על ניסיון החברה ומקצועיותה, הסבר ו/או סיוע במידע ובתיאום היבטים הנוגעים לתפעול התביעה, כדוגמת סידורי השהייה למבוטח ו/או למלווים, טיפול בהעברות יבשתיות, הטסה רפואית, היכרות עם מרכזים רפואיים וספקי שירותים אשר החברה צברה ניסיון חיובי בטיפול מולם וכיו"ב.

### 14. תגמולי ביטוח

14.1. עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח או חלק מהם, לפי העניין ובהתאם לכיסוי הרלוונטי, ישירות לנותן השירות או למבוטח, כמפורט להלן:

14.1.1. במקרה של תשלום ישירות לנותן השירות, ולאחר אישור התביעה, כאמור, ימציא המבטח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח על פי דרישת נותן השירות.

במקרים בהם נותן השירות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבוטח זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על יד נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו.

14.1.2. במקרה של תשלום למבוטח כנגד קבלות, ישלם המבטח למבוטח את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ-14 ימים מיום אישור התביעה.

14.1.3. בכל מקום בפוליסה בו נדרש המבוטח להמציא קבלות, יתקבלו קבלות מקוריות או העתקי קבלות. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

14.1.4. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

14.1.5. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

- 14.1.6. נפטר המבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח, עפ"י העניין.
- 14.1.7. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק ו/או בנספחים לפי העניין.

## 14.2. תחלוף (סברוגציה)

- 14.2.1. מששילם המבטח תגמולי ביטוח, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות 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, למעט האמור להלן בס"ק 14.2.2. למען הסר ספק מובהר זאת, כי המבוטח מתחייב לחתום על מסמכי שיבוב לשביעות רצון המבטח.
- 14.2.2. 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.
- 14.2.3. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור.
- 14.2.4. על אף האמור בסעיפים 14.2.1-14.2.3 לעיל, זכות התחלוף לא תחול במקרים של תגמולי ביטוח המשולמים כפיצוי.
- 14.2.5. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת מקרים כדוגמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

## 14.3. ביטוח כפל

- 14.3.1. המבטח היא אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו המבטח ובין אצל מבטח אחר.
- יובהר, זכותו של המבוטח לכיסוי על פי תנאי הסכם זה קודמת לזכות אחרת כלשהי, ולמבטח תקום הזכות לחזרה למבטח האחר בביטוח הכפל, אם קיימת זכות כזו, רק לאחר שהעניק למבוטח את מלוא הכיסוי לו הוא זכאי על פי הסכם זה.
- 14.3.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

## 15. סייגים לאחריות החברה

- הסייגים המפורטים להלן לא יחולו על פרק הכיסוי לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות או על פרק הכיסוי "משלים שב"ן" לניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות על פרקים אלו יחולו הסייגים והחריגים המפורטים בהם בלבד.
- החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח במקרים המפורטים להלן:
- 15.1. מקרה הביטוח ארע טרם תקופת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרי ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה.
- 15.2. מקרה הביטוח קשור במישרין לעיקור מרצון ו/או הפלה שאיננה מסיבות רפואיות.



- 15.3. מקרה ביטוח נגרם באופן ישיר כתוצאה מאלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק למעט שימוש בסמים רפואיים בהוראת רופא.
- 15.4. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר (חובה או קבע) או שירות מילואים, ובתנאי שהמבוטח זכאי לכיסוי מלא ממקור אחר (גורם ממשלתי או אחר), ובלבד שהכיסוי הניתן ממקור אחר אינו כרוך בתהליך או בהמתנה ארוכים המונעים מהמבוטח טיפול.
- במקרה של כיסוי חלקי ממקור אחר, יחול חריג זה רק על החלק המכוסה על ידי מקור אחר, וחבות המבטח תחול על יתרת הכיסוי הנדרשת, ולא יותר מחבותו על פי הכיסוי הרלוונטי (תגמולי הביטוח ישולמו מעבר לכיסוי הניתן ממקור אחר עד מלוא תקרות תגמולי הביטוח על פי הסכם זה, והכיסוי הניתן ממקור אחר לא יקוזז מתגמולי הביטוח על פי הסכם זה).
- 15.5. טיפולים ו/או ניתוחים ניסיוניים שלא הוכרו לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח באף אחת מהמדינות המוכרות, למעט אם נקבע כיסוי מפורש בפרקי הכיסוי.
- 15.6. סייג לאחריות בגין מצב רפואי קודם
- 15.6.1. החברה תהיה פטורה מחבותה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 15.6.2. תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:
- תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח הינו:
- פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת ממועד הצטרפותו.
- 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה ממועד הצטרפותו.
- יובהר, למבוטחים קיימים ייחשב מועד תחילת הביטוח, לעניין תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם, כמועד בו הצטרפו לביטוח לראשונה בתקופות הביטוח שקדמו לתקופת הביטוח על פי הסכם זה. למבוטחים חדשים ייחשב מועד תחילת הביטוח לעניין תוקפו של סייג בשל מצב רפואי קודם המועד בו הצטרפו לביטוח על פי הסכם זה.
- 15.6.3. הצהיר מבוטח במהלך הצטרפותו לביטוח על מצב רפואי מסוים, רשאי המבטח לקבוע סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שיפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים. סייג זה יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 15.6.4. הצהיר מבוטח במסגרת הצטרפותו לביטוח זה על מצב רפואי מסוים, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים, סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף.
- 15.6.5. נדרש המבוטח למלא הצהרת בריאות על פי תנאי ההצטרפות לביטוח זה ובהצהרת הבריאות לא נשאל המבוטח על מצב רפואי מסוים, יחול על מצב רפואי מסוים זה סייג בשל מצב רפואי קודם לתקופות כמפורט בסעיף 14.10.2 לעיל.
- 15.6.6. למען הסר ספק, האמור בסעיפים 15.10.3 - 15.10.5 יחול רק במקרים בהם נדרש מבוטח המצטרף לביטוח למלא הצהרת בריאות, כמפורט בתנאי ההצטרפות הקבועים בסעיף 7 לעיל.

- 15.6.7. מבוטח אשר הצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא מביטוח בריאות קודם, כאמור בסעיף 9 לעיל, ולא נדרש למלא הצהרת בריאות במסגרת הצטרפותו לביטוח זה, יחולו עליו תנאי הקבלה לפוליסה הקודמת (חריגים וסייגים רפואיים, אך לא תוספות רפואיות) במהלך 12 החודשים הראשונים ממועד הצטרפותו לביטוח זה, ולאחר מכן יבוטלו התנאים החריגים, והוא יהיה זכאי לכיסוי ללא סייג או הגבלה בשל מצב רפואי קודם.
- 15.6.8. סייג מצב רפואי קודם לא יחול בגין מום מולד, במקרה של ילד שצורף לביטוח מרגע לידתו, או ילד שצורף תוך 90 יום מיום לידתו ושני הוריו (אם נולד לאם חד-הורית, גרושה או אלמנה אזי רק היא) היו מבוטחים למעלה מ-12 חודשים במועד צירופו לביטוח.
- 15.7. החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל, לרבות, בגין אי ביצוע הטיפול הרפואי במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

## 16. מתן מסמכים והודעות למבוטח

- 16.1. החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;
- 16.2. על אף האמור לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח, ללא שינוי בדמי הביטוח וביתר תנאי הכיסוי הביטוחי, תמסור החברה לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח ויציין בה כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.
- 16.3. דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:
- 16.3.1. שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח;
- 16.3.2. סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה;
- 16.3.3. הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח;
- 16.3.4. תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלהם נקבעה התוספת האמורה;
- 16.3.5. אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;
- 16.3.6. פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- 16.4. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 16.5. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחווזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

16.6. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפי מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח לצירופו לביטוח כמפורט בסעיף 8 לעיל (הצטרפות וולונטרית), תיכלל בהודעה פסקה לעניין ההסכמה המפורשת של המבוטח הנדרשת; לא התקבלה הסכמתו המפורשת כאמור של המבוטח עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבוטח הודעה נוספת בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח (להלן: "הודעה שניה");

לעניין זה -

"שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

16.7. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים, אצל מבוטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבוטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, 30 ימים לפני חידוש הביטוח.

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

## 17. ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסוים

17.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח, והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

17.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח לצירופו בהתאם לסעיף 8 לעיל (הצטרפות וולונטרית), ולא התקבלה הסכמה כאמור בחלוף 21 ימים ממסירת ההודעה השנייה, כהגדרתה בסעיף 14.5 לעיל, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור; בוטל הביטוח כאמור בפסקת משנה זו ופנה מבוטח אל החברה בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי ונתן הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח על פי הסכם זה רטרואקטיבית ממועד הביטול, תוך שמירה על רצף ביטוחי, בכפוף לתשלום הפרמיה בגין התקופה בה לא היה מבוטח.

17.3. הודעה על ביטול הביטוח על פי סעיף זה, תישלח את המבוטח הן באמצעות דיוור ישיר לביתו והן באמצעות הודעה שתימסר לבעל הפוליסה לצורך העברתה למבוטח באמצעים העומדים לרשות בעל הפוליסה.

17.4. יובהר, אין באמור כדי להטיל על בעל הפוליסה חובה או אחריות כלשהי למסירת ההודעה למבוטח.

## 18. תנאי הצמדה למדד

כל התשלומים לחברה ועל ידי החברה על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, ויוצמדו לשיעור שינוי המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

## 19. חובת גילוי

בכל מקום בו נדרש המבוטח, על פי תנאי הסכם זה, למסור מידע לחברה, לרבות תאריך לידתו המדויק, על המבוטח לספק מידע מלא וכן. הפר המבוטח את חובת הגילוי האמורה, בין אם במסירת עובדות כוזבות, ובין אם בהעלמת עובדות בנוגע למקרה הביטוח או בנוגע לחבות החברה, תנהג החברה על-פי הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

## 20. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלם על פי ביטוח זה, אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

## 21. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל

21.1. אחריות החברה מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כסויים לשירותים רפואיים בחו"ל כמפורט בביטוח זה.

21.2. יובהר כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

21.3. על אף האמור לעיל, במידה ואירע מקרה ביטוח על פי ביטוח זה, בעת שהות המבוטח בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 120 יום ברציפות, יהא המבוטח זכאי לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח על פי תנאי ההסכם עם שובו ארצה.

## 22. חל"ד / חל"ת

22.1. מבוטח בחל"ת / חל"ד, ימשיך להיות מבוטח במהלך תקופת החל"ת / חל"ד לכל דבר ועניין, כל עוד ישולמו בגינו דמי הביטוח במלואם, בין אם במהלך תקופת החל"ת / חל"ד, ובין אם לאחר שובו לעבודה, רטרואקטיבית בגין כל התקופה.

## 23. עדכון הכיסוי הביטוחי

23.1. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הביטוח. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה על גובה הפרמיה, יתאפשר לחברה לדרוש העלאת דמי הביטוח בהתאם. העלאת דמי הביטוח תבוצע בהסכמת הצדדים.

23.2. בעל הפוליסה יהיה רשאי לפנות לחברה, בתום כל שנת ביטוח בדרישה להכנסת שינויים ו/או עדכונים ו/או הרחבות ו/או שיפורים בתנאי הביטוח. אם לדרישת בעל הפוליסה ישנה השלכה המשפיעה על גובה הפרמיה, יתאפשר לחברה לדרוש העלאת דמי הביטוח בהתאם. העלאת דמי הביטוח תבוצע בהסכמת הצדדים.

## 24. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

למען הסר ספק, הגשת תביעה לחברה לא תעצור את מניין תקופת התיישנות. בהתאם לדין, רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מניין תקופת התיישנות.

## 25. חקיקה

על פוליסה זו יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו, אלא אם הותנה אחרת בפוליסה זו.

## 26. זכויות על פי הפוליסה בעת השירות הצבאי

הזכויות על פי תנאי פוליסה זו תקפות גם בעת שירות צבאי (סדיר, קבע או מילואים). בעת שירות צבאי כאמור, זכאי המבוטח לשירותים רפואיים מטעם הצבא, וזאת בהתאם ובכפוף להוראות והנחיות הצבא, כפי שהן מעת לעת. יובהר כי לכפופות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.

## 27. כתובות הצדדים

בעל הפוליסה:

שכתובתו:

החברה: הראל חברה לביטוח בע"מ

שכתובתה: אבא הלל 3, רמת גן

כל הודעה שתשלח בדואר רשום לפי הכתובות הרשומות לעיל, תיחשב כהודעה שהתקבלה על-ידי הנמען תוך 72 שעות מעת מסירת ההודעה בדואר ישראל.

# פרק 1: השתלות וטיפולים מיוחדים

## 1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב השתלה או טיפול מיוחד.

## 2. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח, בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

- נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי דין החל באותה מדינה.
- מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

בכפוף לכך, תכסה החברה את עלות ההשתלה או הטיפול המיוחד על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

### 2.1. הוצאות רפואיות

המבוטח יהיה זכאי לכיסוי ההוצאות הרפואיות המפורטות להלן, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

2.1.1. כיסוי מלוא ההוצאות רפואיות אצל ספק שבהסכם.

2.1.2. כיסוי עד תקרה בגובה 5,000,000 ₪ להשתלה או 1,200,000 ₪ לטיפול מיוחד, להוצאות רפואיות אצל ספק שאינו בהסכם.

על אף האמור, יינתן כיסוי מלא במקרה בו תיאום ההשתלה או הטיפול המיוחד בוצע על ידי החברה, לאחר שהמבוטח בחר את המטפל, מקום הטיפול ומועד הטיפול, הודיע לחברה מראש ואיפשר לחברה לתאם עבורו את הטיפול הרפואי.

### 2.1.3. הוצאות רפואיות הינן כמפורט להלן:

2.1.3.1. בדיקות התאמה ו/או הערכה לקראת השתלה או טיפול מיוחד, לרבות שכר הצוות הרפואי ועלויות האשפוז לבדיקות אלה.

יובהר, יכוסו בדיקות התאמה ו/או הערכה גם אם בוצעו שלא בעת אשפוז.

2.1.3.2. אשפוז בבית חולים לקראת, במהלך ו/או לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.1.3.3. בדיקות רפואיות במהלך האשפוז ו/או לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.1.3.4. טיפול רפואי לרבות טיפול תרופתי וטיפול פרא-רפואי במהלך האשפוז לקראת, במהלך ו/או לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.1.3.5. עלויות חדר הניתוח והצוות הרפואי לרבות צוות סיעודי

### 2.2. הוצאות נלוות

המבוטח יהיה זכאי לכיסוי הוצאות נלוות כמפורט להלן, בנוסף לכיסוי ההוצאות הרפואיות שפורטו לעיל:

2.2.1. בדיקות רפואיות המבוצעות לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד ו/או לאחריו שלא במהלך אשפוז יכוסו בתנאי שהינן נדרשות בקשר ישיר עם טיפול הרפואי על פי דרישת מבצע הטיפול בפועל, ויבוצעו בסמוך לו.

2.2.2. שתי התייעצויות עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי, עד תקרה של 1,200 ₪ לכל התייעצות.

- 2.2.3 הוצאות איתור איבר, איתור תורם מח עצם ו/או תאי אב, רישום במאגרים בחו"ל, ביצוע בדיקות רפואיות וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור איבר ו/או איתור תורם.
- 2.2.4 ההוצאות הכרוכות בקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע הטיפול הרפואי.
- 2.2.5 הבאת מומחה - מבוטח הזכאי לביצוע השתלה או טיפול מיוחד, יהיה זכאי לכיסוי עלויות הבאת מנתח או רופא מומחה זר או ציוד רפואי מיוחד לישראל לביצוע הטיפול הרפואי בישראל הכוללות הוצאות הטסה ושהות של המנתח או הרופא המומחה בישראל ו/או הטסה של הציוד הרפואי. למען הסר ספק, עלויות אלה אינן כוללות את הכיסויים המפורטים בסעיפים 2.1 ו-2.2. (למעט ס"ק זה) אשר יכוסו על פי המפורט בהם.
- על אף האמור, ינתן כיסוי מלא במקרה בו תיאום הבאת מטפל זר בוצע על ידי החברה.
- 2.2.6 טיפולי המשך בחו"ל ו/או בישראל, הנדרשים למבוטח על פי קביעת הרופא שביצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד, ו/או על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח.
- 2.2.7 הוצאות בגין מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.
- 2.2.8 טיסות והעברות**
- 2.2.8.1 עלויות טיסה סדירה במחלקת תיירים, לארץ הטיפול ובחזרה, לצורך ביצוע הטיפול הרפואי, למבוטח ומלווה אחד (שני מלווים במקרה של מבוטח קטין).
- 2.2.8.2 במקרה בו על פי קביעת המרכז הרפואי בו מבוצע הטיפול בפועל ו/או על פי קביעת הרופא שיבצע את הטיפול בפועל, נדרש המבוטח לבדיקות התאמה / הערכה כאמור בסעיף 2.1.3.1 לעיל בחו"ל, יכוסו הוצאות טיסה סדירה במחלקת תיירים, לארץ הטיפול ובחזרה ממנה, לצורך ביצוע בדיקות כאמור, למבוטח ומלווה אחד (שני מלווים במקרה של מבוטח קטין).
- 2.2.8.3 הטסה רפואית - במקרה בו נקבע על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב הטסה רפואית, יכוסו עלויות הטסה רפואית (לרבות הטסת רופא מלווה, אם נדרש).
- 2.2.8.4 הטסת גופה - עלויות הטסת גופה לישראל, במקרה של פטירת המבוטח בחו"ל.
- 2.2.8.5 הוצאות העברה יבשתית - הוצאות העברה יבשתיות אל מקום ביצוע הפרוצדורה הרפואית ובחזרה, באמצעי העברה התואם את מצבו הרפואי של המבוטח, לרבות הטסה רפואית פנימית בתוך גבולות המדינה בה מבוצעת ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 2.2.9 שהייה בחו"ל**
- 2.2.9.1 הוצאות שהייה - יכוסו הוצאות שהייה סבירות למגורים ולכלכלה (מזון, שתייה וצרכי קיום יום-יומי) למבוטח ומלווה או למבוטח ושני מלווים במקרה של מבוטח קטין. בכל מקרה לא תעלה תקרת סכום הכיסוי מ-1,500 ש"ח ליום למבוטח ולמלווה או במקרה שבו המבוטח הינו קטין, 2,000 ש"ח ליום למבוטח ולשני מלווים.

2.2.9.2. הוצאות רפואיות במהלך השחייה - הוצאות בגין טיפולים רפואיים במבוטח בחו"ל (לרבות טיפול תרופתי, בדיקות מעבדה לאבחון או מעקב רפואי, עירוים, דיאליזה וכיו"ב), להם נדרש המבוטח בשל מצבו הרפואי במהלך שהייתו בחו"ל בהמתנה לטיפול הרפואי בחו"ל.

#### 2.2.10. תורם איבר

במקרה של השתלה מאדם אחר, יכוסו הוצאות טיסה הלוך ושוב ושהייה של התורם, וכל הוצאה רפואית של התורם, הכרוכה בקציר האיבר, והטיפול הרפואי בתורם לפני ואחרי פעולת קציר האיבר בקשר ישיר עימה, לרבות הוצאות בגין העברות יבשתיות, אשפוז, צוות רפואי, טיפול תרופתי בקשר ישיר עם פעולת קציר האיבר, בדיקות רפואיות המבוצעות לפני ובמהלך האשפוז, בקשר ישיר עם פעולת קציר האיבר, וכל הוצאה אחרת הקשורה במישרין עם הפרוצדורה הרפואית של פעולת קציר האיבר.

#### 2.2.11. טיפול ניסיוני בחו"ל

נמצא המבוטח מתאים להשתתפות בטיפול ניסיוני בחו"ל, אשר ניתנו לו כל האישורים הנדרשים במדינה בה מבוצע הניסוי, ישתתף המבוטח בהוצאות המבוטח על פי הקבוע בסעיפים 2.2.7 ו-2.2.8 לעיל.

בנוסף, במקרה בו נדרש המבוטח לביצוע בדיקות רפואיות לקראת השתתפותו בטיפול הניסיוני ו/או לצורך בדיקת התאמתו לטיפול הניסיוני בחו"ל, יהיה המבוטח זכאי להחזר ההוצאות שהוציא בגין הבדיקות הנדרשות עד לתקרה בגובה 25,000 ₪ למקרה ביטוח.

למען הסר ספק, המבטחת לא תישא בעלות הטיפול הניסיוני עצמו, ובעלות בדיקות מעקב המבוצעות במהלך הטיפול ו/או אחרי.

### 2.3. פיצוי

המבוטח יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

2.3.1. למבוטח אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך

בביצוע ההשתלה ו/או קביעה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח, על הצורך בהשתלת איבר ו/או השתלה שבוצעה בחו"ל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, ללא השתתפות המבוטח.

2.3.2. ההשתלה הנדרשת איננה השתלת מח עצם עצמית.

2.3.3. מבוטח שייבחר בפיצוי על-פי סעיף זה לא יהיה זכאי לכיסויים המפורטים בסעיפים 2.1 - 2.2 לעיל.

2.3.4. מובהר כי הפיצוי על פי סעיף זה ישולם ללא תלות בביצוע ההשתלה בפועל.

### 2.4. גמלה למועמד להשתלה

2.4.1. מבוטח יהיה זכאי לגמלה חודשית לפני ביצוע השתלה אם התקיימו כל התנאים המפורטים להלן:

2.4.1.1. מבוטח אשר קיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.

2.4.1.2. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה על פי קביעת רופא מומחה מטעמו של המבוטח והינו מרותק למיטתו או מאושפז בבית חולים בשל מצבו הרפואי.



- 2.4.2 הגמלה החודשית למועמד להשתלה הינה כמפורט להלן:
- 2.4.2.1 למבוטח המרותק למיטתו - 4,000 ₪ בחודש.
- 2.4.2.2 למבוטח המאושפז בבית חולים - 2,000 ₪ בחודש.
- 2.4.3 הגמלה תשולם עד למועד ביצוע ההשתלה ו/או לתקופה מקסימאלית בת 9 חודשים ו/או עד למועד שבו חדל להתקיים התנאי המפורט בסעיף 2.4.1.2, לפי המוקדם ביניהם.
- 2.5 **גמלת החלמה**
- 2.5.1 **לאחר השתלה**
- 2.5.1.1 במקרה של השתלה שאינה השתלת מח עצם עצמית, יהיה המבוטח זכאי לגמלה חודשית בגובה 6,000 ₪ לחודש, למשך 24 חודשים.
- 2.5.1.2 נפטר המבוטח במהלך תקופת תשלום הגמלה, יהיו זכאים יורשיו החוקיים לקבלת יתרת הגמלה.
- 2.5.1.3 מבוטח הזכאי לגמלה חודשית כאמור לעיל, או יורשיו החוקיים, יוכלו לבקש לקבל את תשלומי הגמלה בתשלום אחד בגין כל התקופה. במקרה זה יהיה המבוטח ו/או יורשיו החוקיים זכאים לתשלום חד פעמי בשיעור של 85% מהגמלה המצטברת בגין כל תקופת התשלום.
- 2.5.2 **לאחר טיפול מיוחד בחו"ל**
- 2.5.2.1 במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה על פי הסכם זה, יהיה המבוטח זכאי לגמלה חד פעמית בגובה 10,000 ₪ עם שובו לישראל.
- 2.5.2.2 גמלה זו לא תשולם במקרה בו נפטר המבוטח טרם חזרתו ארצה.

## פרק 2: תרופות מיוחדות

### 1. מקרה הביטוח

- 1.1. מצבו הרפואי של המבוטח המחייב אותו, על פי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי.
- 1.2. עבור הכיסוי לבדיקות גנטיות כמפורט בסעיף 2.7:  
מצבו הרפואי של המבוטח מצריך על פי המלצת רופא מומחה מטעם המבוטח ו/או המטפל במבוטח ביצוע בדיקה גנטית ו/או מולקולרית ו/או מטבולית ו/או אחרת לאבחון להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח.

### 2. הכיסוי הביטוחי

בקרת מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות הטיפול התרופתי בניכוי השתתפות עצמית ועד תקרת הכיסוי המפורטת להלן, ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:

- 2.1. טיפול תרופתי בתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.
- 2.2. טיפול תרופתי בתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.
- 2.3. טיפול תרופתי בתרופת OFF LABEL או בתרופת יתום.
- 2.4. טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת.
- 2.5. השירות הרפואי הכרוך במתן הטיפול התרופתי יכוסה עד תקרה כוללת בגובה 5,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
- 2.6. טיפול בקנאביס רפואי, על פי המלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח, במקרים המפורטים להלן:
  - 2.6.1. במקרה של מחלת הסרטן, בשילוב עם טיפול כימי או ביולוגי.
  - 2.6.2. טיפול בכאב כתוצאה ממחלה / תאונה / תסמונת מאובחנת, עם תסמינים הנמשכים לפחות 6 חודשים, והיסטוריה של טיפול בכאב לפחות 6 חודשים.
  - 2.6.3. התוויה אחרת המוכרת ומאושרת על פי נהלי משרד הבריאות (נוהל 106 או הוראה / נוהל אחר שיחליף אותו).

### 2.7. בדיקה גנטית ו/או מולקולרית ו/או מטבולית ו/או אחרת לאבחון להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן

בדיקות רפואיות המבוצעות במבוטח על פי המלצת רופא מומחה מטעם המבוטח, לצורך אבחון ו/או קביעת טיפול ו/או בחינת יעילות טיפול תרופתי ו/או קביעת פרטוקול טיפול ו/או בחינת עמידות התאים הסרטניים לטיפולים שונים וכל בדיקה אחרת, קיימת או עתידית, הנדרשת בקשר עם מחלת הסרטן, מניעתה, מניעת התפתחותה, הטיפול בה, סיכויי הצלחת הטיפול, או ככלי תומך החלטה, כדוגמת בדיקות NGS, ביופסיה נוזלית, Oncotype, Tempus xT, Guardant360, GPSCancer, Foundation One, Target Now, Cancer Plex, OncoDeep, OncoPrint, Her2, ERCC.

### 3. תקרת כיסוי

- 3.1. לכל מקרה ביטוח, תקרת הכיסוי לטיפול תרופתי על-פי סעיפים 2.1 - 2.3 תהיה 3,000,000 ₪ למשך 30 חודשים, ותתחדש לאחר 30 חודשים.

- 3.2. לכל מקרה ביטוח, תקרת הכיסוי לטיפול תרופתי על-פי סעיף 2.4 תהיה 1,000,000 ש"ח, ולא יותר מ-200,000 ש"ח בחודש.
- 3.3. הכיסוי לקנאביס רפואי על פי האמור בסעיף 2.6 יהיה עד לתקרה חודשית בגובה 1,000 ש"ח, ולא יותר מ-12,000 ש"ח לתקופת ביטוח.
- 3.4. בדיקות אבחון וקביעת דרכי טיפול למחלת הסרטן יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל ולא יותר מ-40,000 ש"ח לשנה או אם המכון בו מבוצעת הבדיקה הינו מכון שבהסדר עם החברה, הכיסוי יהיה כיסוי מלא.

#### 4. השתתפות עצמית

- 4.1. ההשתתפות העצמית לטיפול תרופתי תהיה בגובה 200 ש"ח למרשם לחודש, ולא יותר מ-400 ש"ח לכל המרשמים בחודש, למעט טיפול תרופתי בתרופה מיוחדת על פי סעיף 2.5, שבגינן תשולם השתתפות עצמית למרשם לחודש, ללא הגבלה לכמות המרשמים בחודש.
- 4.2. ההשתתפות העצמית לטיפול בקנאביס רפואי תהיה בגובה 150 ש"ח בחודש.
- 4.3. על אף האמור לעיל, הכיסוי לטיפול תרופתי על-פי סעיפים 2.1 - 2.4 לתרופות למחלת הסרטן ו/או לתרופות שעלותן מעל 5,000 ש"ח לחודש יהיה ללא השתתפות עצמית.

#### 5. טיפול תרופתי - תנאים מיוחדים

- 5.1. מבוטח שנטל תרופה טרם הצטרפותו לביטוח, ונדרש בשל שינוי במצבו הרפואי במהלך תקופת הביטוח לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.
- 5.2. מבוטח שנטל תרופה טרם הצטרפותו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח אירע מקרה ביטוח על פי הסכם זה, כתוצאה ממצב רפואי אחר, המחייב טיפול תרופתי באותה תרופה, יהיה זכאי לכיסוי הטיפול התרופתי למצבו הרפואי החדש ולא יחולו הוראות מצב רפואי קודם.
- 5.3. להבטחת הכיסוי על פי פרק זה יש לפנות לקבלת אישור החברה מראש ולפני רכישת התרופה. אישור החברה מראש איננו תנאי לכיסוי, כמפורט בסעיף 13.5 לתנאים הכלליים.
- 5.4. חריגים לפרק התרופות:
- 5.4.1. טיפול תרופתי הניתן במהלך אשפוז לצורך ניתוח ו/או השתלה ו/או טיפול מיוחד, ובתנאי שהתרופות הנדרשות במהלך האשפוז מכוסות על פי פרק הכיסוי הרלוונטי.
- 5.4.2. טיפול תרופתי למניעה במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון ו/או תרופות מתחום הרפואה האלטרנטיבית, אלא אם הצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח.
- 5.4.3. טיפול תרופתי שעדיין לא ניתן למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפול תרופתי עתידי.
- 5.4.4. טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ובכלל זה מוטציה ו/או וריאציה דומה אחרת ו/או טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת הצהבת לסוגיה השונים.
- 5.4.5. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 5.4.6. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.

## פרק 3: שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה

### 1. מקרה הביטוח

גילוי מחלה קשה אצל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

### 2. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח יהיה המבוטח זכאי להחזר 80% מההוצאות המפורטות להלן עד לתקרה בגובה 15,000 ₪ למקרה ביטוח.

ההוצאות המכוסות הינן הוצאות רפואיות בגין אשפוז ו/או שירותים שקיבל המבוטח במהלך אשפוז, טיפולים, ניתוחים, תרופות תכשירים ותוספי מזון על פי הוראת רופא מומחה, אביזרים רפואיים (לרבות פאה לחולה אונקולוגי), בדיקות רפואיות, טיפולים שיקומיים, הוצאות עבור התאמת דיור לצרכיו במקרה סיעוד, טיפולים פרא-רפואיים, אביזרי טיפול מתכלים, והוצאות נסיעה אל טיפול רפואי וממנו, ובתנאי כי הוצאות אלה אינן מכוסות בפרק אחר בהסכם זה. מובהר כי במקרה בו ניתן כיסוי להוצאות המפורטות בפרק זה בפרקים אחרים שבפוליסה, הכיסוי על פי פרק זה יינתן רק לאחר מיצוי הזכאות בפרקי הפוליסה השונים.

### 3. מחלה קשה הינה אחד מהמצבים הרפואיים המפורטים להלן:

#### 3.1. אי ספיקת כליות סופנית - (end stage renal failure)

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

#### 3.2. אי ספיקת כבד פולמינינטית - (FULMINANT HEPATIC FAILURE)

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

3.2.1. הקטנה חדה של נפח הכבד;

3.2.2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;

3.2.3. ירידה חדה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - pt או רמות פקטורים 5 ו-7;

3.2.4. צהבת, מעמיקה.

#### 3.3. מחלת כבד סופנית (שחמת) - (cirrhosis) (terminal liver disease)

מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

3.3.1. צהבת.

3.3.2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות.

3.3.3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית.

3.3.4. אנצפלופתיה כבדית.

3.3.5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת על ידי בדיקת us דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי או היפרספלינזם.

#### 3.4. השתלת אברים - (organ transplantation) לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מח עצמות, מעי.

קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר ובטרם ביצוע ההשתלה בפועל או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר (למען הסר ספק, השתלת מח עצם עצמית אינה מכוסה) או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר, ובתנאי שההשתלה בוצעה בתאם לחוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, וכן בתנאי שנטילת האיבר והשתלת האיבר

נעשתה על פי הדין החל באותה מדינה בה בוצעה ההשתלה וכי מתקיימות הוראות החוק לענין סחר באיברים.

### 3.5. **טרשת נפוצה - (MULTIPLE SCLEROSIS)**

דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תיקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

### 3.6. **פרקינסון - (Parkinson's Disease)**

האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-2013-1.

### 3.7. **תרדמת (coma)**

מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

### 3.8. **ניוון שרירים (MUSCULAR DYSTROPHY)**

עדות לפגיעה משולבת בנירונ המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים.

האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

### 3.9. **פגיעה מוחית מתאונה - (BRAIN DAMAGE BY ACCIDENT)**

פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות (GLAZGOW COMA SCALE).

### 3.10. **דלקת מוח - (encephalitis)**

דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:

לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-2013-1.

הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

### 3.11. **דלקת חיידקית של קרום המוח - (BACTERIAL MENINGITIS)**

דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיה המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:

לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-2013-1.

- מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.  
הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.
- 3.12. **מחלת ריאות חסימתית כרונית (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)**  
מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע, על ידי שני הקריטריונים הבאים:
- 3.12.1 נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.
- 3.12.2 הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"ס ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"ס.
- 3.13. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני - (primary pulmonary hypertension)**  
עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"ס או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ"ס, היפרטרופיה של חדר ימין וסימוני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
- 3.14. **צפדת - (טטנוס)**  
מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
- 3.15. **שבץ מוחי (CVA)**  
כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. **כל זאת להוציא TIA.**
- 3.16. **אוטם חריף בשריר הלב - (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION)**  
נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י הקריטריונים הבאים:
- 3.16.1 בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר. או בסטייה מהערך התקין על פי אמות מידה רפואיות המקובלות להגדרת אוטם, זאת בהתייחס לערכי המעבדה הבודקת, או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.
- 3.16.2 בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 3.16.1 לעיל, האבחנה חייבת להיתמך על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.
- למען הסר ספק, מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.
- 3.17. **ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב - Open heart surgery for valve replacement or repair**  
ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.
- 3.18. **ניתוח אבי העורקים (aorta)**  
ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן או ביצוע צנתור במקרה של מפרצת באבי העורקים בגודל 5 ס"מ או יותר.

- 3.19. **ניתוח מעקפי לב (CABG)**  
 ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.  
**למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.**
- 3.20. **סרטן (cancer)**  
 נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.  
 מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.  
**מקרה הביטוח אינו כולל:**
- 3.20.1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של carcinoma in situ כולל דיספלזיה של צוואר הרחם C1N3, cin2, cin1 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כסרום ממאירים.
- 3.20.2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכיבויות);
- 3.20.3. מחלות עור מסוג:  
 3.20.3.1 Basal Cell Carcinoma-I Hyperkeratosis;  
 3.20.3.2 מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
- 3.20.4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS;
- 3.20.5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-T2 No TNM Classification Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-5 (כולל);
- 3.20.6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ-10,000 B-cell lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
- 3.20.7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;
- 3.20.8. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית ו/או צריבה מקומית ו/או מעבר לטיפול שטיפה מקומית;
- 3.20.9. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
- 3.20.10. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל-T CELL LY.
- 3.21. **אנמיה אפלסטית חמורה - (SEVERE APLASTIC ANEMIA)**  
 כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נוירופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:  
 3.21.1. עירוי מוצרי דם.  
 3.21.2. מתן חומרים/תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם.  
 3.21.3. מתן חומרים/תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים).  
 3.21.4. השתלת מוח עצם.
- 3.22. **גידול שפיר של המוח/יותרת המוח /קרומי המוח - (BENIGN BRAIN TUMOR)**  
 תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת ct או mri.  
**הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרונולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים.**

- 3.23. **שיתוק (פרפלגיה קוודריפלגיה) - (paralysis)**  
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
- 3.24. **פוליו (שיתוק ילדים) - (poliomyelitis)**  
שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 3.25. **איבוד גפיים (loss of limbs)**  
איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.
- 3.26. **עיוורון (blindness)**  
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראייה בשתי העיניים (קרי: בדיקת חדות ראייה מירבית בשתי העיניים של 60/3 או פחות מזה), כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.
- 3.27. **חירשות (deafness)**  
אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה שתוצאתה ירידה של מעל 90 dB בכל התדרים.
- 3.28. **אובדן דיבור - (LOSS OF SPEECH)**  
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- 3.29. **כוויות קשות (severe burns)**  
כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 3.30. **עמילואידוזיס ראשונית - (primary amyloidosis)**  
מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד al ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימי מומחה.
- 3.31. **קרדיומיופטיה (cardiomyopathy)**  
מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.
- 3.32. **תשישות נפש - (Dementia)**  
פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך 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. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.



## פרק 4: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

### 1. מקרה הביטוח

ביצוע ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח במבוטח בחו"ל

### 2. הכיסוי הביטוחי

בקרת מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות ניתוח בחו"ל והשירותים הנלווים לניתוח בהתאם לתנאים ולתקרות המפורטים להלן:

2.1. במקרה של ניתוח - שכר מנתח, ובמקרה של טיפול מחליף ניתוח - שכר מבצע הטיפול שהינו רופא מומחה בעל התמחות בתחום הרלוונטי לטיפול מחליף הניתוח הנדרש למבוטח.

2.2. כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח וצוות מנתח, ציוד מתכלה, שתלים והוצאות אשפוז עד לתקרה של 45 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח, כמפורט להלן:

2.2.1. שהייה בחדר בן 2-3 מיטות עד למשך 40 ימים.

2.2.2. שהייה בטיפול נמרץ.

2.2.3. טיפולי פיזיותרפיה הנדרשים בקשר ישיר עם הטיפול הרפואי המבוצעים במהלך האשפוז.

2.2.4. טיפול תרופתי במהלך האשפוז.

2.2.5. בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז.

2.2.6. כל הוצאה רפואית אחרת הנדרשת על פי הנחיית המטפל ו/או הצוות הרפואי בבית החולים ומחויבת על ידי בית החולים במסגרת עלויות האשפוז.

2.2.7. ציוד מתכלה.

2.2.8. שתלים במהלך ניתוח עד תקרה בגובה 60,000 ₪.

3. בנוסף לאמור בסעיף 2 לעיל, תכסה החברה גם את ההוצאות הבאות:

### 3.1. הטסה רפואית

מבוטח, אשר על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מצבו הרפואי מחייב הטסה רפואית, יהיה זכאי לכיסוי עלויות הטסה רפואית (לרבות הטסת רופא מלווה, אם נדרש) במלואן, בכפוף לתיאום ההטסה על ידי החברה. במקרה בו לא תואמה ההטסה על ידי החברה הכיסוי יהיה עד תקרה בגובה 180,000 ₪.

### 3.2. הטסת גופה

החברה תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר המבוטח בעת שהותו בחו"ל.

3.3. **כיסויים נוספים במקרה ניתוח מורכב ו/או ניתוח שהמבוטח הוטס בהטסה רפואית**

3.3.1. הוצאות שהייה - יכוסו הוצאות שהייה סבירות למבוטח ומלווה (למבוטח ושני מלווים במקרה של מבוטח קטין), עד 30 ימים.

3.3.2. הוצאות טיסה - יכוסו עלויות טיסה סדירה במחלקת תיירים או עסקים בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח ועל פי הוראת רופא מומחה, לאורך הטיפול ובחזרה ממנה, לצורך ביצוע הטיפול הרפואי, למבוטח ומלווה אחד (שני מלווים במקרה של מבוטח קטין).

3.3.3. שכר אח/אחות פרטית יכוסה עד תקרה בגובה 700 ₪ ליום ולתקופה של עד 14 ימים.

3.3.4. הוצאות העברה יבשתית - יכוסו הוצאות העברה יבשתיות אל מקום ביצוע הטיפול הרפואי ובחזרה, באמצעי העברה התואם את מצבו הרפואי של המבוטח, לרבות הטסה רפואית פנימית בתוך גבולות המדינה בה מבוצע הניתוח בחו"ל.

3.3.5. שהיה במוסד החלמה מוכר בישראל על פי הנחיית רופא מומחה, בתוך תקופה של 3 חודשים לאחר הניתוח, תכוסה עד תקרה של 700 ש"ח ליום ועד 10 ימים.

3.3.6. טיפולי פיזיותרפיה - טיפולי פיזיותרפיה לסוגיה השונים, הדרושים למבוטח בקשר ישיר עם הניתוח על פי הנחיית רופא, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-180 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים.

3.3.7. ריפוי בעיסוק - טיפולי ריפוי בעיסוק לסוגיה השונים, הדרושים למבוטח בקשר ישיר עם הניתוח על פי הנחיית רופא, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-180 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים.

3.3.8. טיפולי שיקום - טיפולי שיקום (לרבות שיקום דיבור/ראיה), הדרושים למבוטח לאחר ניתוח על פי הנחיית רופא, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-150 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים.

4. נפטר חו"ח המבוטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה עפ"י פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) כתוצאה ישירה מהניתוח האמור, תשלם החברה ליורשיו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצויי חד פעמי בגובה 200,000 ש"ח.

## 5. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בסעיף 15 לחלק הכללי לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה במקרים הבאים:

5.1. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל. על אף האמור, מבוטח ששהה מחוץ למדינת ישראל למעלה מ-183 ימים בשנה במצטבר, בשל נסיעות תכופות (למעלה מ-10 נסיעות בשנה) ומרכז חייו בישראל, יהיה זכאי לכיסוי מקרה ביטוח על פי פרק זה, ובלבד שהניתוח בוצע במהלך נסיעה לחו"ל לצורך הניתוח.

5.2. בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה, למעט ניתוחים מניעתיים שהוגדרו במפורש בהגדרת ניתוח לעיל.

## 6. תנאי לכיסוי הביטוח

6.1. בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את חברה, וימסור לחברה את שם המוסד הרפואי וכתובתו בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.

6.2. תיאום הניתוח ו/או הטיפול מחליף הניתוח, ההתקשרות עם ספקי השירות בחו"ל והסדרת עלויות הטיפול ואופן התשלום (להלן: "תיאום הניתוח") יבוצע על ידי החברה, לאחר שהמבוטח מסר לחברה את הפרטים הנדרשים לצורך תיאום הניתוח, לרבות סוג הניתוח הנדרש, פרטי המנתח או מבצע הטיפול מחליף הניתוח לפי העניין, בית החולים ומועד הניתוח / הטיפול.

6.3. בחר המבוטח לבצע ניתוח בחו"ל ללא תיאום הניתוח על ידי החברה, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הניתוח בשיעור 200% מעלות הניתוח אצל ספקים שבהסכם עם החברה לניתוח זהה בישראל או עד תקרת עלות הניתוח אצל ספקי הסכם של החברה בחו"ל, הגבוה ביניהם ובכל מקרה לא יותר מהעלות בפועל.

6.4. בחר המבוטח לבצע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל ללא תיאום הטיפול על ידי החברה, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הטיפול עד הגבוה מבין המפורט להלן ובכל מקרה לא יותר מהעלות בפועל:

6.4.1. עד תקרת עלות הטיפול מחליף הניתוח אצל ספקי הסכם של החברה בחו"ל.

6.4.2. תקרת עלות הניתוח המוחלף אצל ספקים שלחברה הסכם עימם בחו"ל.

6.4.3. כיסוי בשיעור 200% מעלות הניתוח המוחלף אצל ספקים שבהסכם עם החברה לניתוח זהה בישראל.

## פרק 5: ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח (התייעצויות) (הכיסוי האחד)

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

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
  - 1.10. **הסדר ניתוח** - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
  - 1.11. **הסדר התייעצות** - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע

לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

## 2. מקרה הביטוח:

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

## 3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

התייעצות עם רופא שבהסכם עם המבטח תכוסה במלואה. התייעצות עם רופא שאינו רופא שבהסכם תכוסה עד תקרת החזר בגובה 1,500 ₪ לכל התייעצות.

3.2. שכר מנתח.

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

3.4. טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבטח לטיפול נוסף.

טיפול מחליף הניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם יכוסה במלואו.

טיפול מחליף ניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם ו/או במקרה בו התשלום לנוותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבטח, יכוסה עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור - לא יעלה ההחזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט של החברה.

3.5. יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו-3.3, יבוצעו לנוותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנוותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבטח לנוותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנוותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנוותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

## 4. חריגים:

סעיף החריגים (סעיף 15) בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. על פרק זה יחולו החריגים המפורטים להלן בלבד.

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

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

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

- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 14.12 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.
5. תקופת אכשרה:
- 5.1. תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות הינה בת 90 ימים.
- 5.2. על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

## **פרק 5א: ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח והתייעצויות - משלים שב"ן**

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

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

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
  - 1.10. **הסדר ניתוח** - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור

הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

## 2. מקרה הביטוח:

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

## 3. הכיסוי הביטוחי:

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

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

התייעצות עם רופא שבהסכם עם המבטח תכוסה במלואה. התייעצות עם רופא שאינו רופא שבהסכם תכוסה עד תקרת החזר בגובה 1,500 ₪ לכל התייעצות.

3.2. שכר מנתח.

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

3.4. טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

טיפול מחליף הניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם יכוסה במלואו.

טיפול מחליף ניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יכוסה עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבוטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור - לא יעלה החזר על עלות הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט של החברה.

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

## 4. מנגנון משלים שב"ן

למבוטחים שבחרו בכיסוי לניתוחים בישראל במנגנון משלים שב"ן, על פי פרק זה, הכיסויים על פי סעיפים 3.2 ו-3.3 יכוסו כמפורט להלן:

4.1. בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, עבור ניתוחים פרטיים בישראל ובלבד



שבוצע באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

4.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנתוני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

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

## 5. ברות ביטוח:

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן") ו/או קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי סעיף 4.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש צהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

## 6. חריגים:

סעיף החריגים (סעיף 15) בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. על פרק זה יחולו החריגים המפורטים להלן בלבד.

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

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

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

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

6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

- 6.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 14.12 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

## 7. תקופת אכשרה:

- 7.1. תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות הינה בת 90 ימים.
- 7.2. על אף האמור בסעיף 7.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

## פרק 6: שירותים אמבולטוריים

### 1. מקרה הביטוח

ביצוע אחד מהשירותים המפורטים להלן בישראל, במהלך תקופת הביטוח, שלא במהלך אשפוז.

### 2. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות השירות הרפואי בהתאם לתנאים ולתקרות המפורטים להלן:

#### 2.1. התייעצויות עם רופא מומחה

2.1.1. התייעצויות עם רופא מומחה לגבי מצבו הרפואי של המבוטח, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל בגין ההתייעצות ולא יותר מ-1,100 ש"ח להתייעצות, ועד 3 התייעצויות בשנה.

2.1.2. התייעצות לצורך חוות דעת שניה לבדיקה פתולוגית תכוסה בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל ולא יותר מ-3,000 ש"ח, לשנת ביטוח. התייעצות זו לא תבוא במניין התייעצויות מומחה כמפורט בסעיף 2.1.1 לעיל.

2.1.3. התייעצות לצורך חוות דעת שניה לפענוח בדיקות הדמיה אצל רדיולוג מומחה, תכוסה בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל ולא יותר מ-1,000 ש"ח, לשנת ביטוח. התייעצות זו לא תבוא במניין התייעצויות מומחה כמפורט בסעיף 2.1.1 לעיל.

#### 2.2. חו"ד שנייה בחו"ל

התייעצות עם רופא מומחה או מרכז רפואי בחו"ל, עקב מחלה או תאונה שאירעו לראשונה במהלך תקופת הביטוח, תכוסה בהתאם לתנאים הבאים:

2.2.1. התייעצות עם נותן שירות שבהסכם עם החברה תכוסה במלואה.

2.2.2. התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה תכוסה עד הסכום המשולם לנותן שירות שבהסכם או עד 4,500 ש"ח, הגבוה ביניהם.

2.2.3. במקרה בו חו"ד השנייה בחו"ל מחייבת נסיעת המבוטח לחו"ל, בהתאם לדרישת נותן השירות, ועל פי קריטריונים רפואיים מקובלים, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות טיסה ושהייה בגובה 7,500 ש"ח לכל תקופת הביטוח.

#### 2.3. בדיקות רפואיות

בדיקות רפואיות המבוצעות במבוטח, לצורך אבחון ו/או מניעת מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול בה, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקה רפואית ולא יותר מ-4,400 ש"ח לבדיקה ועד 10,000 ש"ח בשנה.

#### 2.4. טיפולי פיזיותרפיה ושיקום

טיפול פיזיותרפיה לסוגיה השונים ו/או טיפולי שיקום (לרבות שיקום דיבור/ראיה לאחר CVA, או בעקבות תאונה או מחלה) ו/או ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים, הדרושים למבוטח על פי הנחיית רופא, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר 2,500 ש"ח לשנה ועד 15 טיפולים בשנה.

במקרה של התעמלות לשיקום לבבי על פי הנחיית קרדיולוג, יכוסו טיפולי שיקום לבבי בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-150 ש"ח לחודש למשך 9 חודשים.

#### 2.5. אביזרים רפואיים

אביזר רפואי שאינו שתל (לרבות מדרסים, סד גבס קל, פאה לחולה אונקולוגי, מכשירי עזר נשימתי כדוגמת CPAP, חגורות אורתופדיות אביזרי שמיעה וכיו"ב), הנדרש למבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, בגין מחלה או תאונה אשר

אירעו לראשונה במהלך תקופת הביטוח, יכוסה בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-4,000₪ לכל האביזרים בכל תקופת הביטוח.

#### 2.6. בדיקות לרפואה מונעת

בדיקות רפואה מונעת, הכוללות ממוגרפיה, בדיקת PAP Smear, בדיקת צפיפות העצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-320₪ לבדיקה, אחת לשלוש שנים (לכל סוג בדיקה).

#### 2.7. בדיקות גנטיות מניעתיות

אבחון גנטי לגילוי נשאות גנים סרטיניים יכוסה בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-4,000₪ בכל תקופת הביטוח.

#### 2.8. טיפול ע"י מקרופאג'ים

טיפול ע"י מקרופאג'ים בפצעים פתוחים ו/או פצעי לחץ ו/או כיבים סכרטיים ו/או מכל סיבה אחרת, יכוסה בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-11,000₪ לטיפול.

#### 2.9. בדיקות ושירותים בהריון

2.9.1. ייעוצים ובדיקות המבוצעות במהלך הריון, לרבות חלבון עוברי ו/או שקיפות עורפית ו/או סקירת מערכות ו/או בדיקת מי שפיר / סיסי שלייה ו/או בדיקת NIPT (בדיקת דם לא פולשנית) כדוגמת וורייפי / מטרניטי 21 / פנואמה / ניפטי / הרמוני, ו/או שימוש בצ'יפ גנטי ו/או כל בדיקה אחרת שתידרש על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי לבחינת תקינות ההריון ו/או בריאות העובר (למעט מעקב שגרותי), יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-3,500₪ להריון. בהריון מרובה עוברים יכוסו בדיקות ההריון לעיל בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-4,500₪.

2.9.2. בדיקות גנטיות - יכוסו בדיקות גנטיות לשלילת מומים מולדים ו/או מחלות גנטיות, או אבחון נשאות של מחלות גנטיות טרום הריון, פעם אחת במהלך תקופת הביטוח, בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-1,000₪.

2.9.3. במקרה בו קיים צורך בהפסקת הריון, בכפוף להוראות הפוליסה, באמצעות שימוש בגלולת מייפג'ין, יכוסו הוצאות הועדה והטיפול בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-3,600₪.

#### 2.10. בדיקות הריון באם פונדקאית

הכיסוי המפורט בסעיף 2.9 לעיל יחול גם במקרה של אם פונדקאית.

#### 2.11. הפריה חוץ גופית

2.11.1. הגדרה לצורך סעיף זה:

"מחזור טיפול" - הליך הפרייה הכולל את השלבים הבאים, או חלקם (היה והמחזור הטיפול לא הסתיים בהריון):

2.11.1.1. שלב 1 - גירוי שחלתי/הורמונלי.

2.11.1.2. שלב 2 - שאיבת ביציות + הפריה (לרבות מיקורמניפולציה, אם נדרשת)

2.11.1.3. שלב 3 - החזרת עוברים.

2.11.2. יכוסו טיפולי הפרייה או הפרייה חוץ גופית בגין שתי לידות בתקופת הביטוח (לרבות בני זוג מאותו מין), כמפורט להלן:

2.11.2.1. טיפולים בישראל לצורך לידת ילד ראשון או שני, יכוסו בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-10,000₪ לכל מחזור טיפול, ולא יותר מ-3 מחזורי טיפול. למען הסר ספק, מחזור טיפול,

**יחשב מחזור מלא גם אם הופסק בשלב כלשהו ולא הושלמו כל שלבי מחזור הטיפול המפורטים לעיל, מכל סיבה שהיא.**

2.11.2.2. טיפולים בחו"ל לצורך לידת ילד ראשון או שני, יכוסו בשיעור של

80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-15,000 ₪ לכל מחזור טיפול

ולא יותר מ-2 מחזורי טיפול. **למען הסר ספק, מחזור טיפול,**

**יחשב מחזור מלא גם אם הופסק בשלב כלשהו ולא הושלמו**

**כל שלבי מחזור הטיפול המפורטים לעיל, מכל סיבה שהיא.**

2.11.2.3. טיפולים בישראל לצורך לידת ילד שלישי או רביעי, יכוסו בשיעור

של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-8,000 ₪ לכל מחזור טיפול

ולא יותר מ-2 מחזורי טיפול, בישראל בלבד. **למען הסר ספק,**

**מחזור טיפול, יחשב מחזור מלא גם אם הופסק בשלב כלשהו**

**ולא הושלמו כל שלבי מחזור הטיפול המפורטים לעיל, מכל**

**סיבה שהיא.**

## 2.12. טיפולים אונקולוגיים

טיפולים אונקולוגיים מסוג כימותרפיה ו/או רדיותרפיה ו/או היפרתרמיה ו/או היפרתרמיה

ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית ו/או בגלי חום ו/או בגלי אלקטרו מגנטיים ו/או בשדות

חשמליים, הנדרשים למבוטח על פי הנחיית רופא מומחה, ואושרו למצבו הרפואי של

המבוטח על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, יכוסו בשיעור של

80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-40,000 ₪ בכל תקופת הביטוח. במקרה של טיפול

במכשיר NOVOCURE שאינו מכוסה במסגרת סל הבריאות, ושאינו מסופק על ידי

החברה ללא עלות למטופלים בעלי אינדיקציה רפואית דומה למבוטח, והמבוטח הציג

קבלות על שמו בגין עלות הטיפול, תוגדל התקרה ב-60,000 ₪ נוספים לטיפול שבוצע.

בנוסף, ומבלי לגרוע מהכיסוי המפורט בסעיף 2.1 לעיל, במקרה של גילוי מחלת

סרטן, יכוסו עד 3 התייעצויות עם רופא מומחה בתחום האונקולוגיה, בשיעור של 80%

מההוצאה בפועל ולא יותר מ-1,500 ₪ להתייעצות.

## 2.13. ביקור רופא אצל המבוטח

ביקור רופא אצל המבוטח (בביתו ו/או במקום עבודתו ו/או בכל מקום אחר בו מצוי

המבוטח בישראל) המבוצע על ידי אחת מהחברות הנותנות שירות בתחום ביקורי

הבית, או ביקורו של המבוטח במרכז רפואה מיידי (מר"מ) ו/או מוקד רפואה דחופה

שאינו חדר מיון בבית חולים, יכוסה בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר

מ-150 ₪ בגין כל מקרה, ועד 3 מקרים בשנה למבוטח.

## 3. חריגים מיוחדים

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

3.1. בדיקות תקופתיות ובדיקות שגרה, למעט בדיקות מניעתיות כמפורט בפרק זה.

3.2. ניתוחים, שירותים וטיפולים הקשורים בשיניים.

## 4. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה לבדיקות ושירותים בהריון היא בת 180 יום.

על אף האמור לא תחול תקופת אכשרה על מבוטחים קיימים שצורפו לביטוח זה על פי סעיף

7.2.1, ועל מבוטחים שהצטרפו לביטוח זה על פי סעיפים 7.2.2 - 7.2.4 המופיעים בפרק

הכללי, במהלך התקופה בה ההצטרפות אינה כרוכה במילוי הצהרת בריאות.

## פרק 7: הוצאות רפואיות

### 1. מקרה הביטוח

ביצוע אחד מהטיפולים הרפואיים ו/או השירותים המפורטים להלן, בישראל, במהלך אשפוז.

#### 1.1 הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי עלות השירות הרפואי בהתאם לתנאים ולתקרות המפורטים להלן:

#### 1.2 אחות פרטית

שכר אח/אחות פרטית במהלך אשפוז יכוסה עד תקרה בגובה 500 ₪ ליום ולתקופה של עד 10 ימים.

#### 1.3 אשפוז פרטי

המבוטח יהיה זכאי לכיסוי ההוצאה שהוציא בפועל בגין אשפוז בחדר פרטי, בשיעור של 50% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-350 ₪ למשך 3 ימי אשפוז לכל היותר.

#### 1.4 התקנת אביזר רפואי

1.4.1 אביזר רפואי לעניין סעיף זה כולל:

1.4.1.1 חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או אביזר, המיוחד לגוף

המבוטח בהזרקה או בטכנולוגיה כירורגית אחרת, לרבות אך לא רק, הזרקה אפידוראלית תחת הדמיה, התקנת משאבת חומרי שיכוך תת עורית מסוג סינכרומד או דומה, טיפולי קייפולסטיקה לחוליות הגב, צמנט עצמות המכיל או שאינו מכיל חומר תרופתי, חומצה היאלורונית למפרקים כדוגמת PRP, synvisc, רשתות ביולוגיות כדוגמת אלודרם לשחזור שד, גרגרים / כמוסות / צינוריות רדיואקטיביים לטיפול הקרנה פנימית, דבקים ביולוגיים לטיפול במחלות ריאה וכיוצא באלו.

1.4.1.2 כאביזר רפואי ייחשב גם כל אביזר בין אם מורכב בגופו של המבוטח

באופן קבוע ובין אם באופן זמני, במהלך ניתוח ו/או בסמוך לו (לפניו או לאחריו, כחלק בלתי נפרד מההליך הניתוחי).

1.4.2 נדרש המבוטח על פי המלצת רופא מומחה להתקנת אביזר רפואי לטיפול

במצבו הרפואי של המבוטח ו/או למניעת החמרתו ו/או לטיפול בסימפטומים של מצבו הרפואי, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי התקנת האביזר הרפואי עד תקרה בגובה 20,000 ₪ למקרה ביטוח. למען הסר ספק, אביזר / תכשיר / תרופה למניעת הריזן מסיבות שאינן רפואיות, אינם מכוסים על פי סעיף זה.

1.4.3 כיסוי התקנת אביזר רפואי יכלול:

1.4.3.1 עלות האביזר הרפואי.

1.4.3.2 שכר הרופא המבצע את התקנת האביזר הרפואי.

1.4.3.3 שכר רופא מרדים.

1.4.3.4 הוצאות חדר ביצוע הפעולה.

1.4.3.5 ציוד מתכלה.

1.4.3.6 תרופות במהלך הטיפול והאשפוז.

1.4.3.7 הוצאות אשפוז עד לתקרה של 5 ימי אשפוז.

1.4.4 למען הסר ספק, במקרים בהם בביצוע התקנת אביזר רפואי קיימת אפשרות

בחירה בין אביזרים רפואיים שונים, אשר יש בהם כדי להשיג תוצאות שונות

למבוטח (להחלמתו, לטיפול בו או לכל צורך אחר), תהא בחירת המבוטח ו/או הרופא מטעמו הבחירה הקובעת. לחברה אין ולא תהיה זכות להגביל את בחירת המבוטח מכל סיבה שהיא, למעט תקרות הכיסוי המפורטות בהסכם זה, אם מפורטות.

1.4.5. ניתוח הכולל שימוש בשתל, המכוסה בפרק הניתוחים על פי פוליסה זו, לא יכוסה על פי סעיף זה.

#### 1.5. העברות ונסיעות

1.5.1. במקרה של ביצוע טיפול רפואי במהלך אשפוז בישראל, ובקשר ישיר עימו, יכוסו הוצאות נסיעה באמבולנס, אל מקום ביצוע הטיפול ובחזרה, ובין בתי חולים, אם נדרש המבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מטעמו של המבוטח, לנסיעה באמבולנס, ועד תקרה בגובה תעריף מד"א.

1.5.2. במקרה של ביצוע טיפול רפואי במהלך אשפוז בישראל, ובקשר ישיר עימו, אשר מחייב העברה בהטסה רפואית על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מטעמו של המבוטח, יכוסו הוצאות הטסה רפואית.

#### 1.6. גמלת החלמה והוצאות החלמה

##### 1.6.1. הוצאות החלמה

במקרה של ניתוח מורכב, ולאחריו נדרש המבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי ו/או מבצע הטיפול הרפואי בפועל להחלמה בבית החלמה מוכר, יכוסו הוצאות החלמה שהוצאו במהלך 6 החודשים שלאחר הטיפול הרפואי, בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-6000 ₪ ליום, ועד 10 ימים ברציפות.

##### 1.6.2. הוצאות שיקום ופיזיותרפיה

במקרה של ניתוח מורכב, ולאחריו נדרש המבוטח על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי ו/או המנתח המבצע את הניתוח בפועל לשיקום באמצעות טיפולי ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים או התעמלות שיקומית ו/או טיפולי פיזיותרפיה לסוגיה השונים, יכוסו הוצאות השיקום שהוצאו במהלך 12 החודשים שלאחר הטיפול הרפואי, בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-1500 ₪ לטיפול, ועד 24 טיפולים.

## ביטוח בריאות רשימת נותני שירות דורביט - אגם

מחלקה	טלפון	כתובת מייל
מוקד שירות דורביט בין השעות 8:00 עד 16:30	03-7131313	
מנהל תיק ביטוח הבריאות - יניב לוי	054-6208264	yaniv.levy@dorbit.co.il
מחלקת תפעול הגשת מסמכי צירוף	03-7131303	service@dorbit.co.il
מחלקת תביעות הגשת מסמכי תביעות	03-7131313	tviot@dorbit.co.il

41645.2

### אתר ביטוח הבריאות

המקום בו תמצאו מידע מלא ומפורט לגבי הפוליסה והאופן בו עליכם לפעול כאשר אתם צריכים שירות או להגיש תביעה. הנחיות כניסה לאתר הבריאות של עובדי החברה:

1. כנסו לאתר סוכנות דורביט: [www.dorbit.co.il](http://www.dorbit.co.il).
2. בחרו בשער כניסה: "ביטוחי בריאות".
3. בחרו בפקד (תחתון מצד שמאל): "ביטוח קבוצתי" - "כניסה לעובדים".
4. אתרו את לוגו החברה באמצעות חלונית החיפוש.
5. לחצו על לוגו החברה - שם המשתמש יוזן באופן אוטומטי.
6. הקלידו את סיסמת כניסה: XXXX (ניתן לקבל סיסמא אצל המעסיק).

אנו מאחלים לכל מבוטחינו בריאות טובה.  
צוות המשרד עומד לשירותכם בכל עת!