



ביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי לחברי עמותת חיל האוויר ובני משפחותיהם



מבוטח/ת יקר/ה

עמותת חיל האויר, סוכנות גלובוס והראל חברה לביטוח, שמחים להודיע לך על חידוש הסכם ביטוח הבריאות לתקופה של 10 שנים נוספות (החל מיום 1.4.15).

במהלך השנים בה מבוטחים חברי העמותה במסגרת הביטוח של עמותת חיל האויר, טופלו ושולמו מאות תביעות, ותכנית הביטוח אפשרה למבוטחים את היכולת לממן טיפול איכותי באירועים רפואיים המכוסים במסגרת הפוליסה.

לאור הניסיון שנצבר, והתביעות הרבות שטופלו לאורך השנים בהם קיים הביטוח, נוכחנו לדעת כי סוכנות גלובוס והראל חברה לביטוח, נותנות מענה הולם ויעיל בעת הצורך לחברי העמותה ובני משפחותיהם.

חברת הראל הינה החברה המובילה בישראל בתחום ביטוחי הבריאות. ניסיונם הרב בביטוחי בריאות מאפשר להם להעניק את השירות הטוב, המיומן, היעיל והאישי ביותר בשעת הצורך.

חוברת זו עודכנה לנוחיותכם על ידי הראל חברה לביטוח, ומכילה את תנאי הביטוח המיוחדים לחברים ובני משפחותיהם.

בסוף החוברת, תמצא/י הנחיות כיצד עליך לפעול במקרה של תביעה.

בברכת בריאות שלמה,
אל"מ (מיל.) יעקב (ג'קי) שפורן,
מנכ"ל עמותת חיל האויר

תוכן עניינים

- 4.....(על-פי תקנות "גילוי נאות")..... ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה
- 11.....למבטח "גילוי נאות"..... פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על-פי תקנות
- 15..... ובני משפחותיהם..... פוליסה לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי לחברי עמותת חיל האויר
- 27.....ל..... פרק א': ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
- 29.....מיוחדות..... פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות
- 32....."מהשקל הראשון"..... פרק ג': ביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים
- 35.....ניתוח..... פרק ד': כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח
- 37.....ל..... פרק ה': ניתוחים פרטיים בחו"ל
- 39.....אמבולטוריים..... פרק ו': ביטוח לשירותים רפואיים
- 41.....(אלטרנטיבית)..... פרק ז': שירותי רפואה משלימה
- 42.....חיים..... פרק ח': כתב שירות - לחיות בריא - שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים
- 46.....ייחודיים..... פרק ט': כתב שירות - שירותים רפואיים
- 54.....סיעודי..... פרק י': ביטוח סיעודי
- 56.....תביעה?..... איך לנהוג בעת תביעה?

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על-פי תקנות "גילוי נאות")

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	פוליסה לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי לחברי עמותת חיל האוויר ובני משפחותיהם.
	שם בעל הפוליסה	עמותת חיל האוויר.
	הכיסויים בפוליסה	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מיוחדות, כיסוי מורחב לניתוחים "מהשקל הראשון", כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח, ניתוחים פרטיים בחו"ל, שירותים רפואיים אמבולטוריים, שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), לחיות בריא -שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים, שירותים רפואיים ייחודיים, כיסוי סיעודי עד ליום 31.12.2017.
	משך תקופת הביטוח	10 שנים, החל מיום 1.4.2015 ועד ליום 31.3.2025. הכיסוי הסיעודי יהיה בתוקף עד ליום 31.12.2017. במידה והמפקחת על הביטוח תאשר הארכת הכיסוי מעבר למועד זה, הכיסוי יוארך בהתאם.
	המשכיות	<p>למבוטח המבוטח במסגרת פוליסה זו יתאפשר לעבור לפוליסת פרט לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:</p> <p>פוליסת המשך תהיה בהיקף כיסויים דומים לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, המקובלות אצל המבוטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות המפקח על הביטוח.</p> <p>לגביי הביטוח הסיעודי - סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת המשך לא יפחתו מאלה הקבועים למבוטח בפוליסה לביטוח הסיעודי הקבוצתי שברשותו, אלא אם כן ביקש זאת המבוטח, ואולם אם קיים במועד המעבר לפוליסת המשך כיסוי בסל שירותי הבריאות הדומה לכיסוי הקבוע בפוליסה, לא תחול על המבוטח החובה לכלול את הכיסוי האמור בפוליסת המשך, לעניין זה, "סל שירותי הבריאות" - כאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 ובצו לפי סעיף 8(ז) לחוק האמור.</p> <p>דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבוטח בפוליסה דומה ועל-פי גיל המבוטח באותו מועד. על התעריפים תינתן הנחה של 20% ל-3 שנים החל ממועד תחילת הביטוח בפוליסת המשך.</p> <p>לגביי הביטוח הסיעודי - למבוטחים עד גיל 59 (כולל) תינתן הנחה בגובה 25% ל-7 שנים (במקום הנחה של 20% ל-3 שנים).</p> <p>■ במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.</p>

נושא	סעיף	תנאים
כללי	המשכיות	<p>האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור לעיל, תינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית; ■ הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם; ■ פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית. ■ גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית. <p>במקרים המפורטים לעיל, תפנה החברה בכתב לכל מבטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין ובכפוף להוראות הדין והוראות המפקח על הביטוח.</p> <p>ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.</p> <p>איסור התניה בעת מכירת פוליסה לביטוח סיעודי או בעת ביטולה -</p> <p>א. מבטח לא יתנה ביטולה של פוליסה לביטוח סיעודי בביטול של כיסוי ביטוחי, מוצר או שירות כלשהו.</p> <p>ב. מבטח לא יתנה הצטרפות לפוליסה לביטוח סיעודי ברכישת כיסוי ביטוחי אחר, מוצר או שירות אחר כלשהו.</p>
		תנאים לחידוש אוטומטי
תקופת אכשרה	90 ימים.	<p>כיסוי לשירותים רפואיים אמבולטוריים, שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), לחיות בריא - שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים, שירותים רפואיים ייחודיים - ללא תקופת אכשרה.</p>
תקופת המתנה	<p>בכיסוי מורחב לניתוחים סעיף 4 (אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח), תהיה תקופת המתנה של 90 ימים.</p> <p>בכיסוי סיעודי תקופת המתנה של 90 ימים.</p>	

נושא	סעיף	תנאים																																				
כללי	השתתפות עצמית	בפרק ב' (תרופות מיוחדות) - השתתפות עצמית למרשם של 234 ₪ לחודש.																																				
		בפרק ו' (שירותים אמבולטוריים) - השתתפות עצמית של 20%.																																				
		עבור טיפולים רדיותרפיים ו/או כימוטרפיים - השתתפות של 30%.																																				
		עבור מנוי לשירותי משדר קרדילוגי - השתתפות עצמית של 50%.																																				
		בפרק ח' (לחיות בריא - שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים) - המנוי ישלם דמי השתתפות עצמית ישירות לנותן השירות כמפורט להלן:																																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>סוג המפגש סוג השירות</th> <th>מפגש ראשון</th> <th>כל פגישה נוספת (עד לתקרת המפגשים)</th> <th>כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>יעוץ דיאטטי ותזונה נכונה</td> <td>95 ₪</td> <td>75 ₪</td> <td>אין</td> </tr> <tr> <td>הרזייה רפואית</td> <td>150 ₪</td> <td>75 ₪</td> <td>אין</td> </tr> <tr> <td>ליקוי למידה: א. מפגשי אבחון</td> <td colspan="3">הנחה בת 25% ממחיר המחירון של נותן השירות שבהסדר.</td> </tr> <tr> <td>ב. מפגשי טיפול</td> <td>150 ₪</td> <td>150 ₪</td> <td>אין</td> </tr> <tr> <td>גמילה מעישון</td> <td>135 ₪</td> <td>95 ₪</td> <td>אין</td> </tr> <tr> <td>הפגת מתחים</td> <td>100 ₪</td> <td>100 ₪</td> <td>150 ₪</td> </tr> <tr> <td>מאמן אישי - טיפוח כושר גופני</td> <td>100 ₪</td> <td>100 ₪</td> <td>125 ₪</td> </tr> <tr> <td>רשת מכוני כושר</td> <td colspan="3">הנחה בת 25% ממחיר המחירון של מכון הכושר</td> </tr> </tbody> </table>	סוג המפגש סוג השירות	מפגש ראשון	כל פגישה נוספת (עד לתקרת המפגשים)	כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים	יעוץ דיאטטי ותזונה נכונה	95 ₪	75 ₪	אין	הרזייה רפואית	150 ₪	75 ₪	אין	ליקוי למידה: א. מפגשי אבחון	הנחה בת 25% ממחיר המחירון של נותן השירות שבהסדר.			ב. מפגשי טיפול	150 ₪	150 ₪	אין	גמילה מעישון	135 ₪	95 ₪	אין	הפגת מתחים	100 ₪	100 ₪	150 ₪	מאמן אישי - טיפוח כושר גופני	100 ₪	100 ₪	125 ₪	רשת מכוני כושר	הנחה בת 25% ממחיר המחירון של מכון הכושר		
		סוג המפגש סוג השירות	מפגש ראשון	כל פגישה נוספת (עד לתקרת המפגשים)	כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים																																	
		יעוץ דיאטטי ותזונה נכונה	95 ₪	75 ₪	אין																																	
		הרזייה רפואית	150 ₪	75 ₪	אין																																	
		ליקוי למידה: א. מפגשי אבחון	הנחה בת 25% ממחיר המחירון של נותן השירות שבהסדר.																																			
ב. מפגשי טיפול	150 ₪	150 ₪	אין																																			
גמילה מעישון	135 ₪	95 ₪	אין																																			
הפגת מתחים	100 ₪	100 ₪	150 ₪																																			
מאמן אישי - טיפוח כושר גופני	100 ₪	100 ₪	125 ₪																																			
רשת מכוני כושר	הנחה בת 25% ממחיר המחירון של מכון הכושר																																					
בפרק ט' (שירותים רפואיים ייחודיים) - השתתפות עצמית של 25 ₪ לביקור רופא לילי, השתתפות עצמית של 80 ₪ לפגישה ראשונה ליעוץ פסיכולוגי ו-100 ₪ ל-11 הפגישות הנוספות.																																						
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם. במידה ויחולו שינויים בהוראות המפקח על הביטוח או שינויים בהיקף שירותים הבריאות המוענקים במסגרת סל שירותי הבריאות או במסגרת השירותים הניתנים במסגרת הביטוח המשלים של קופות החולים. בהתאם להחלטות ועדת גרמן או בהוראות כל דין אחר החל על החברה, כמבטחת, תהא החברה רשאית לערוך את השינויים המתבקשים מכך בפוליסה. השינויים בהוראות הפוליסה ובעלויותיה יידונו בין הצדדים ויקבעו בהסכמה מראש ובכתב.																																				

נושא	סעיף	תנאים		
פרמיות	גובה הפרמיה	דמי הביטוח החדשיים ב-ש יהיו כדלקמן:		
		קבוצות גיל	פרמיה חודשית ב-ש לכיסוי בריאות	פרמיה חודשית ב-ש לכיסוי סיעוד (5,500ש ל-36 חודשים)
		ילד	51.84	1.19
		22-30	63.56	1.70
		31-35	83.73	2.77
		36-40	96.04	3.49
		41-45	111.12	4.21
		46-50	133.41	8.79
		51-55	168.72	17.08
		56-60	219.38	28.95
		61-67	291.01	56.92
		68-74	417.25	148.14
		75-80	444.26	431.11
		80+	319.67	1,230.65
		(*) ילד עד גיל 21. מהילד הרביעי ואילך - ללא תוספת פרמיה. הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד שפורסם ב-15.1.2015, 12354 נקודות.		
מבנה הפרמיה	פרמיה משתנה, כמפורט בסעיף גובה הפרמיות המצוין לעיל.			
שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	מידי 24 חודשים, תהא רשאית החברה להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם על-פי הנוסחה כמפורט בהסכם. במידה ולא יגיעו הצדדים להסכמה, יוכל כל אחד מהצדדים להודיע על סיום ההסכם בהודעה מראש של 30 יום. הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד שפורסם ב-15.1.2015, 12354 נקודות.			
תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח/בעל המבוטח	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח/בעל המבוטח	חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על-פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח לחברה או למבוטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.		
תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	1. אם המוטב/ים ו/או בעל הפוליסה ו/או המבוטח אינו/ם משלם/ים או לא שילמו את הפרמיה כסדרה (על-פי חוק הביטוח). הביטול יתבצע לאחר מתן התראות לבעל הפוליסה ו/או המבוטח כמתחייב עפ"י חוק חוזה ביטוח. 2. אם העלים המוטב ו/או בעל הפוליסה מהחברה עובדה מהותית, שידיעתה הייתה גורמת לחברה שלא לקבלו לביטוח (על-פי חוק חוזה הביטוח 1981).			

נושא	סעיף	תנאים
<p>חריגים</p>	<p>החריגה בגין מצב רפואי קיים</p> <p>מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.</p> <p>חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת תקופת הביטוח. 2. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת תקופת הביטוח. <p>סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.</p> <p>על אף האמור לעיל, סייג לחבות המבוטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגביי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.</p>	<p>חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת תקופת הביטוח. 2. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת תקופת הביטוח. <p>סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.</p> <p>על אף האמור לעיל, סייג לחבות המבוטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגביי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.</p>
<p>סייגים לחבות המבטחת</p>	<p>חריגים כלליים כמוגדר בפוליסת הביטוח - סעיף 9.</p> <p>תרופות מיוחדות - סעיף 4.</p> <p>כיסוי מורחב לניתוחים - סעיף 7.</p> <p>כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח - סעיף 4.</p> <p>ניתוחים פרטיים בחו"ל - סעיף 4.</p> <p>שירותים רפואיים אמבולטוריים - סעיף 4.</p> <p>שירותי רפואה משלימה אלטרנטיבית - סעיף 4.</p> <p>שירותים רפואיים ייחודיים - סעיף 5.3.</p> <p>ביטוח סיעודי - סעיף 5 ו-6.</p>	<p>חריגים כלליים כמוגדר בפוליסת הביטוח - סעיף 9.</p> <p>תרופות מיוחדות - סעיף 4.</p> <p>כיסוי מורחב לניתוחים - סעיף 7.</p> <p>כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח - סעיף 4.</p> <p>ניתוחים פרטיים בחו"ל - סעיף 4.</p> <p>שירותים רפואיים אמבולטוריים - סעיף 4.</p> <p>שירותי רפואה משלימה אלטרנטיבית - סעיף 4.</p> <p>שירותים רפואיים ייחודיים - סעיף 5.3.</p> <p>ביטוח סיעודי - סעיף 5 ו-6.</p>
<p>תוספת לביטוח סיעוד עד לתאריך 31.12.2017</p>	<p>הגדרת מקרה ביטוח</p> <p>אירוע א. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. לקום ולשכב, 2. להתלבש ולהתפשט, 3. להתרחץ, 4. לאכול ולשתות, 5. לשלוט על הסוגרים, 6. ניידות. <p>א:</p> <p>אירוע ב. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב אשר עקב "תשישות נפש" שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המוטב וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה ביכולתו לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על-פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.</p>	<p>הגדרת מקרה ביטוח</p> <p>אירוע א. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. לקום ולשכב, 2. להתלבש ולהתפשט, 3. להתרחץ, 4. לאכול ולשתות, 5. לשלוט על הסוגרים, 6. ניידות. <p>א:</p> <p>אירוע ב. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב אשר עקב "תשישות נפש" שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המוטב וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה ביכולתו לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על-פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.</p>

נושא	סעיף	תנאים	
תוספת לביטוח סיעוד עד לתאריך 31.12.2017	משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח	36 חודשים.	
	סוג תגמולי הביטוח	פיצוי.	
	סכום הביטוח	פיצוי חודשי של 5,500 ש"ל למוטב הנמצא במצב מזכה.	
	תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית	אין הפרדה.	
	שחרור מתשלום פרמיה	קיים.	
	סקאלת הפרמיה	דמי הביטוח החודשיים ב-ש יהיו כדלקמן:	
		קבוצות גיל	פרמיה חודשית ב-ש לכיסוי סיעוד (5,500 ש"ל ל-36 חודשים)
		ילד	1.19
		22-30	1.70
		31-35	2.77
36-40		3.49	
41-45		4.21	
46-50		8.79	
51-55		17.08	
56-60		28.95	
61-67		56.92	
68-74		148.14	
75-80		431.11	
80+	1,230.65		
זכויות המבוטח בגין העלאת פרמיה	אין.		
ערך מסולק	אין.		

נושא	סעיף	תנאים
תוספת לביטוח סיעוד עד לתאריך 31.12.2017	תלות בין סכום ביטוח לגיל המבטח	אין.
	קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים	אין קיזוז עם ביטוחים סיעודיים אחרים כגון: ביטוח לאומי, ביטוחים משלימים של קופ"ח וביטוחים מסחריים אחרים.

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

תגמולי ביטוח מירביים שאינם בערך נקוב בגין תגמולי ביטוח שאינם בערך נקוב, ניתן להתעדכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il. הכיסוי יינתן בהתאם לרשימת הניתוחים ובניכוי ההשתתפות העצמית כפי שנקובה בפוליסת הביטוח שברשותך במידה וקיימת. התנאים המחייבים הם התנאים הנקובים בפוליסת הביטוח שברשותך. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות יקבעו התנאים הנקובים בפוליסה. הסכומים הנקובים משקפים את מחירי ההסכם של הראל והם עשויים להשתנות אחת לשנה.

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

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
תקרת תגמולי הביטוח להשתלות	אצל נותני שירות שבהסכם - כיסוי מלא. אצל נותני שירות שאינם בהסכם - עד תקרה בגובה 4,500,000 ש"ח.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן
				פיצוי	לא
גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה	בגובה 8,200 ש"ח להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה או 4,200 ש"ח להשתלת לבלב, כליה או מח עצמות למשך 24 חודשים.	פיצוי	לא	ביטוח תחליפי	לא
תקרת תגמולי הביטוח לטיפולים מיוחדים בחו"ל	עד 700,000 ש"ח	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן
תרופות מיוחדות					
תרופות הנכללות בכיסוי	תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי אחת מהמדינות המוכרות, תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות והינה תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת כ-OFF LABEL, תרופה יתומה.			ביטוח מוסף	

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
תרופות מיוחדות					
תקרת הכיסוי - סכום ביטוח מירבי לכל תקופת הביטוח	עד 1,100,000 ₪, מתחדש מדי 3 שנים.	שיפוי	לא	ביטוח מוסף	כן
השתתפות עצמית למרשם	234 ₪ למרשם לחודש.			ביטוח מוסף	
ניתוחים					
הניתוחים המכוסים	כל הניתוחים	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל	בארץ ו/או בחו"ל (בגובה הזכאות בארץ)	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם החברה	קיים (עד לתקרת הסכום הקבוע והמפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il , עבור הניתוח שבוצע).	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
ניתוחים מחליפי ניתוח					
טכנולוגיה מחליפת ניתוח בארץ ובחו"ל	טיפול רפואי שאינו ניתוח המבוצע כתחליף לניתוח, אשר על-פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע.	שיפוי	לא	ביטוח מוסף	כן
תקרת הכיסוי	עד עלות הניתוח שהטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח מבוצע במקומו. בחו"ל - תקרת כיסוי השווה ל-120% מתקרת הכיסוי אם היה מבוצע הטיפול בישראל.				

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
ניתוחים בחו"ל					
תגמולי הביטוח	כיסוי לניתוח פרטי בחו"ל. בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי החברה ותאום הניתוח עם נותני השרות יעשו ישירות על ידי החברה. הכיסוי כולל בין היתר הטסה רפואית, הוצאות שהייה (בניתוח שתקופת האשפוז מעל 10 ימים), הטסת גופה, הוצאות העברה יבשתית.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
שירותים רפואיים אמבולטוריים					
חוות דעת רפואית בישראל, בדיקות רפואיות אבחנתיות, טיפולי שיניים הכוללים עקירה כירוגית וניתוחי חניכיים, טיפולים רדיותרפיים וכימותרפיים, מנוי לשירותי משרד קרדיולוגי.	עד התקרה הנקובה לכל סעיף בפרק.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
רפואה משלימה					
תקרת הכיסוי	עד 140 ש"ח לטיפול. סכום השיפוי המירבי הכולל לא יעלה על 1,400 ש"ח לשנת ביטוח.	שיפוי	לא	ביטוח מוסף	כן
השתתפות עצמית	בגובה 20% לטיפול				

נכון למדד 12354 נקודות.

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

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

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

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים בהסכם החתום בין הצדדים.

פוליסה לביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי

לחברי עמותת חיל האויר ובני משפחותיהם

1. הגדרות כלליות:

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:

- 1.1. **החברה או המבטח** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. **הפוליסה** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3. **בעל הפוליסה** - עמותת חיל האויר ע.ר. 580153294.
- 1.4. **המבטח** - חברה/ אצל בעל הפוליסה ו/או בן או בת זוגו ו/או ידועה/ בציבור ו/או ילדי עובד ו/או ילדי בן/בת זוג, ו/או חתנים/כלות ו/או נכדים/נכדות ו/או אלמן/נה אשר הצטרפו ו/או יצטרפו לפוליסה.
- 1.5. **מבוטחים קיימים** - מבוטחים אשר היו מבוטחים במועד תחילת הפוליסה במסגרת הפוליסה הקודמת.
- 1.6. **פוליסה קודמת/ביטוח קודם** - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על-פי פוליסה זו.
- 1.7. **הסכם הביטוח** - הסכם מיום 22.2.2015 בין בעל הפוליסה לבין המבטח לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לחברי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
- 1.8. **תאריך תחילת הביטוח** - 1.4.2015.
- 1.9. **תאריך הצטרפות** - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.10. **דמי הביטוח** - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה, על-פי תנאי הפוליסה.
- 1.11. **מקרה הביטוח** - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על-פי הפוליסה.
- 1.12. **תקופת אכשרה** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.
- 1.13. **תקופת המתנה** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.
- 1.14. **מדד** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדף פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שייחוד לשירותי בריאות.
- 1.15. **שנת ביטוח** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח / מועד ההצטרפות של המבוטח לפוליסה.
- 1.16. **דף פרטי הביטוח** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.

- 1.17. **תקנות ביטוח בריאות קבוצתי** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.18. **סכום ביטוח** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- 1.19. **חוק הביטוח** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981.
- 1.20. **חוק הבריאות** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994.
- 1.21. **קופת חולים** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.22. **שירותי בריאות נוספים (שב"ן)** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על-פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.23. **ישראל** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.24. **חול** - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.25. **בית חולים** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
- 1.26. **בית חולים ציבורי** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.27. **בית חולים פרטי** - בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
- 1.28. **בית חולים שבהסכם** - בית חולים פרטי כמוגדר לעיל, הנמצא בהסכם עם החברה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.29. **ניתוח** - פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.30. **ניתוח אלקטיבי** - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית חולים).
- 1.31. **מנתח שבהסכם** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח בהסכם עם החברה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.32. **מנתח אחר** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.33. **אח/אחות** - אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות.
- 1.34. **רופא מומחה** - רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.35. **נותן שירות שבהסכם** - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 1.36. **השתתפות עצמית** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.37. **תותבת/שתל** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה).

- 1.38. **סייג בשל מצב רפואי קודם** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.39. **יום אשפוז** - שהות של 24 שעות בבית חולים.
- 1.40. **צירוף אוטומטי** - צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים עפ"י הטבלה המפורטת בסעיף 2.3 להלן ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח קודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.41. **צירוף בהסכמה** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח).
- 1.42. **רצף ביטוחי** - הצטרפות מביטוח קודם (כהגדרתו לעיל) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות ו/או ללא תקופת אכשרה, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח את מועד הצטרפותו לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על-פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים בלבד. יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודמת.
- 1.43. **תקרת כיסוי** - הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על-פי מספר נספחים ו/או פרקים.
- 1.44. **תאונה** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה"**.
- 1.45. **תביעה** - פנייה מאת מבוטח או מאת בעל הפוליסה בשם המבוטח אל המבטח לתשלום עבור שירותים לפי פוליסה זו, ו/או לקבלת תגמולי ביטוח ו/או למתן התחייבות לתשלום עבור שירותים כאמור בפוליסה זו.
- 1.46. **מעבדה** - מעבדה רפואית המוכרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל
- 1.47. **רופא מרדים** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.48. **חדר ניתוח** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.49. **רופא** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.

2. **תוקף הפוליסה, אופן ההצטרפות ומבנה הביטוח:**

2.1 **תוקף הפוליסה**

פוליסה זו תיכנס לתוקפה החל מיום תאריך תחילת הביטוח ובכפוף לתנאים הבאים:
 הפוליסה תיכנס לתוקפה באם מס' המבוטחים בקבוצה עולה על 50 מבוטחים מיום תחילת הסכם הביטוח.

א. מבוטחים קיימים יצורפו באופן אוטומטי וברצף ביטוחי לפוליסה זו.
 ב. חבר אצל בעל הפוליסה ו/או בני משפחתו אשר אינם מבוטחים על-פי הפוליסה הקודמת, יצורפו בכפוף למילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח. יובהר כי מבוטח יכול להצטרף לכיסוי הבריאות ללא הצטרפות לכיסוי הסיעודי.

הצטרפות מבוטח לפוליסה תהיה בכפוף למפורט להלן: **סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט.**

(א) מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 11(ג) לחוק עובדים זרים;

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא תצטרף החברה לאותו ביטוח, אלא על-פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

ג. מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח. יובהר כי מבוטח יכול לבטל את הכיסוי הסיעודי ללא צורך בבטול כיסויי הבריאות.

ד. שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה תשלח החברה בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על-פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלחה החברה תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל-פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

2.3 מבנה הביטוח:

אופן הצטרפות מבוטחים קיימים	צירוף אוטומטי
אופן הצטרפות חברים חדשים	צירוף בהסכמה
אופן הצטרפות בני/בנות זוג וילדים	צירוף בהסכמה
אופן הצטרפות ילדים בוגרים	צירוף בהסכמה

3 תקופת הביטוח:

- 3.1 תקופת הביטוח תהיה 120 חודשים מתאריך תחילת הביטוח ביום 1.4.2015 ועד 31.3.2025.
- 3.2 למרות האמור לעיל, תוקף הכיסוי הסיעודי כמפורט בפרק י' יהיה בתוקף עד ליום 31.12.2017. במידה והמפקחת על הביטוח תאשר הארכת הכיסוי מעבר למועד זה, הכיסוי יוארך בהתאם. במקרה בו לא תתאפשר הארכת הכיסוי הסיעודי מעבר לתקופה זו או מעבר לתקופת הארכה, הכיסוי הסיעודי יבוטל והמבוטחים יוכלו לעבור לפוליסות סיעוד פרטיות ברצף ביטוחי ועל-פי תנאי הפוליסה.
- 3.3 תקופת ההסכם לא תוארך באופן אוטומטי אלא רק לאחר הסכמת הצדדים. במידה ולא הגיעו הצדדים להסכמה, ההסכם יבוטל לאחר הודעה של 90 ימים לפחות.
- 3.4 פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 3 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על-פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה - **סעיף 9 ב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט.**

4 תום תקופת הביטוח וברות ביטוח:

4.1 הפסקת תקופת הביטוח:

הפסקת ביטוח תכנס לתוקפה במועד תום תקופת הביטוח או בסוף החודש בו הגיעה תקופת הביטוח לסיומה, לפי המוקדם מבניהם במקרים המנויים בסעיף 4.2.2.

4.2 המשכיות בפוליסת פרט:

א. למבוטח המבוטח במסגרת פוליסה זו יתאפשר לעבור לפוליסת פרט לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן - פוליסת המשך), שלהלן תנאיה:

4.2.1.1 פוליסת המשך תהיה בהיקף כיסויים דומים לאלה הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, - המקובלות אצל המבטח במועד החתימה על טופס ההצטרפות לפוליסה הפרטית ("מועד המעבר"), בכפוף להוראות הדין לרבות הוראות המפקח על הביטוח.

לגבי הביטוח הסיעודי - סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת המשך לא יפחתו מאלה הקבועים למבוטח בפוליסה לביטוח הסיעודי הקבוצתי שברשותו, אלא אם כן ביקש זאת המבוטח, ואולם אם קיים במועד המעבר לפוליסת המשך כיסוי בסל שירותי הבריאות הדומה לכיסוי הקבוע בפוליסה, לא תחול על המבטח החובה לכלול את הכיסוי האמור בפוליסת המשך, לעניין זה, "סל שירותי הבריאות" - כאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 ובצו לפי סעיף 8(ז) לחוק האמור.

4.2.1.2 דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח בפוליסה דומה ועל-פי גיל המבוטח באותו מועד. על התעריפים תינתן הנחה של 20% ל-3 שנים החל ממועד תחילת הביטוח בפוליסת המשך. לגבי הביטוח הסיעודי - למבוטחים עד גיל 59 (כולל) תינתן הנחה בגובה 25% ל-7 שנים (במקום הנחה של 20% ל-3 שנים).

- 4.2.1.3. במעבר לפוליסת ההמשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- ב. האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 4.2.1, תינתן במקרים ובתנאים המפורטים להלן:
- 4.2.2.1. סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלבם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;
- 4.2.2.2. הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם;
- 4.2.2.3. פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית
- 4.2.2.4. גירושין שבשלבם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.
- ג. במקרים המפורטים בסעיף קטן 4.2.1 - 4.2.2.4, תפנה החברה בכתב לכל מבוטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד המעבר, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין ובכפוף להוראות הדין והוראות המפקח על הביטוח.
- ד. ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

5. סעיפים הרלוונטיים רק לכיסוי הסיעודי:

5.1. איסור התניה בעת מכירת פוליסה לביטוח סיעודי או בעת ביטולה -

- א. מבטח לא יתנה ביטולה של פוליסה לביטוח סיעודי בביטול של כיסוי ביטוחי, מוצר או שירות כלשהו.
- ב. מבטח לא יתנה הצטרפות לפוליסה לביטוח סיעודי ברכישת כיסוי ביטוחי אחר, מוצר או שירות אחר כלשהו.

5.2. שחרור מתשלום פרמיה

בפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי המבוטח יהיה משוחרר מתשלום פרמיות בגין הביטוח הסיעודי במהלך תקופת תשלום תגמולי הביטוח.

- 5.3. על אף האמור בסעיף קטן 4.2.2, לגבי מבוטח, אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה - פנייתו של המבטח למבוטח כאמור באותו סעיף קטן תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח; בפנייה כאמור יציע המבטח למבוטח לעבור לפוליסת המשך, בתוך 60 ימים ממועד הודעת המבטח. 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.

6. דמי הביטוח:

6.1. דמי הביטוח החודשיים ב-ש יהיו כדלקמן:

קבוצות גיל	פרמיה חודשית ב-ש לכיסוי בריאות	פרמיה חודשית ב-ש לכיסוי סיעוד (5,500 ש"ל ל-36 חודשים)
ילד	51.84	1.19
22-30	63.56	1.70
31-35	83.73	2.77
36-40	96.04	3.49
41-45	111.12	4.21
46-50	133.41	8.79
51-55	168.72	17.08
56-60	219.38	28.95
61-67	291.01	56.92
68-74	417.25	148.14
75-80	444.26	431.11
80+	319.67	1,230.65

(*) ילד עד גיל 21.

מהילד הרביעי ואילך - ללא תוספת פרמיה.

6.2. דמי הביטוח ישולמו באופן אישי על ידי כל אחד מהמבוטחים בתשלום באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע בתעריפים המפורטים בסעיף 6.1 לעיל.

6.3. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד הבסיס ויעודכנו באחד בכל חודש על-פי שיעור השינוי שבין המדד הידוע בראשון לכל חודש, לבין מדד הבסיס.

6.4. הצמדה למדד:

מדד הבסיס הינו מדד 12354 נק' שפורסם ביום 15.1.2015.

6.5. לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על-פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א-1961 מיום היוצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל המבטח.

6.6. דמי הביטוח יקבעו על-פי גיל המבוטח וישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על-פי טבלת השתנות הפרמיה בסעיף 10.1 לעיל ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 40 ביום 10.01.2014, דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 01.01.2014 לפי דמי הביטוח של גיל 40).

6.7. התאמת פרמיה

מידי 24 חודשים, תהא רשאית החברה להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם על-פי הנוסחה כמפורט בהסכם. במידה ולא יגיעו הצדדים להסכמה, יוכל כל אחד מהצדדים להודיע על סיום ההסכם בהודעה מראש של 30 יום.

7. תגמולי ביטוח:

7.1. החברה תהא רשאית על-פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנוותי השרות, או לשלמם למבוטח כנגד קבלות מקוריות. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שזכאותו על-פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

7.2. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

7.3. נפטר מבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על-פי התחייבות האמורה תשלם החברה את היתרה לעיזבונו ו/או ליורשיו של המבוטח על-פי צו קיום צוואה ו/או על-פי צו ירושה.

7.4. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.

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

7.6. **הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב - סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט.**

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

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

8. תביעות:

תשלום תגמולי ביטוח אם התקיימו התנאים הבאים:

8.1. על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישורו, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, יהא רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי.

8.2. המבוטח חתם על כתב ויתור סודיות רפואית ומסר לחברה את כל הפרטים והמסמכים המקוריים הרפואיים הסבירים והאחרים הדרושים לחברה לברור תביעתו.

- 8.3. המבוטח המציא לחברה קבלות מקוריות המאשרות ביצוע תשלום בפועל על ידו. בהיעדר חשבונית מקורית - על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצרוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצרוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. החברה תהא זכאית לנהל על חשבונה כל חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמה כפי שתמצא לנכון.
- 8.4. החברה אינה אחראית לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מובצעים בפועל על ידי החברה, ולטקנים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירתו של המבוטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבוטח על ידי החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתיב השירות בפוליסה.

9. חריגים כלליים

- החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 9.1. מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח.
- 9.2. מקרה הביטוח אירע בתקופת האכשרה.
- 9.3. סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- א. חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
1. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת ממועד תחילת תקופת הביטוח.
 2. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה ממועד תחילת תקופת הביטוח.
- ב. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- ג. על אף האמור בסעיף 9.3.1 לעיל, סייג לחבות המבוטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- ד. פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 9.3.1 לעיל, ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייווספו הפרשי הצמדה. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 9.4. אי שפיות, התאבדות או ניסיון לכך, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.
- 9.5. גלישה אווירית, רחיפה, צניחה, סקי, צלילה, טיסה בכלי טייס כלשהו למעט טיסה בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת נוסעים.

- 9.6. תוצאה ישירה או עקיפה של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כולל מוטציות ו/או וריאציות ו/או תסמונת דומה אחרת.
- 9.7. מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטוחן לסוגיהם, לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע.
- 9.8. סיבוכי הריון ו/או לידה, פרייון ו/או עקרות.
- 9.9. מום או מחלה מולדים לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח.
- חריג זה יראו אותו כ"סייג בשל מצב רפואי קודם" והוראות סעיף 7.4 לעיל יחולו לגביו במלואן.
- 9.10. מקרה ביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או צבאית.
- 9.11. הפרעות נפש ו/או מחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
- 9.12. בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 9.13. טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות.
- 9.14. פעילות ספורט, לרבות במסגרת אגודת ספורט, ו/או ספורט מקצועני.
- 9.15. טיפולי שיניים וחניכיים.
- 9.16. השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, במהפכה, במרד, בפרעות, במהומות, במעשה חבלה, או בפעולה אלימה המוגדרת כפשע.
- 9.17. כל נזק שנגרם במישרין או בעקיפין עקב השתתפותו מרצון של המבוטח בפעילות בלתי חוקית או כל הפרה או ניסיון להפר חוק כלשהו או התנגדות למעצר.
10. מתן מסמכים והודעות למבוטח - סעיפים 6,7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט.
- 10.1. 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; "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין החברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 10.2. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין החברה ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 10.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבוטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבוטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבוטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 10.4. 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 לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; 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;

"שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה לחברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

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

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

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

12. הצמדה (מהות הסעיף):

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

12.2. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל על ידי החברה לגבי סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח, או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין מדד הבסיס.

13. חוק הביטוח וחוק הבריאות:

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

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

14. התיישנות בתביעת נכות:

במידה ופוליסה זו כוללת כיסוי לנכות ממחלה או תאונה ואם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמול ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

15. הצהרת בעל הפוליסה- סעיף 3 א' 1 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט:

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

16. הודעות:

על המבוטח להודיע לחברה על כל שינוי כתובת במכתב רשום. הודעה שתשלח על ידי החברה לכתובת האחרונה הידועה לו של בעל הפוליסה/המבוטח תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

17. שינויים:

- 17.1. החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם.
- 17.2. במידה ויחולו שינויים בהוראות המפקח על הביטוח או שינויים בהיקף שירותים הבריאות המוענקים במסגרת סל שירותי הבריאות או במסגרת השירותים הניתנים במסגרת הביטוח המשלים של קופות החולים בהתאם להחלטות ועדת גרמן או בהוראות כל דין אחר החל על החברה, כמבטחת, תהא החברה רשאית לערוך את השינויים המתבקשים מכך בפוליסה. השינויים בהוראות הפוליסה ובעלויותיה יידונו בין הצדדים ויקבעו בהסכמה מראש ובכתב.

פרק א': ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה הביטוח:

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

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

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

1.2. טיפול רפואי מיוחד בחו"ל:

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

1.2.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.

1.2.2. זמן המתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן המתנה לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל, ובשל המתנה עלולה להיגרם על-פי קביעת רופא מומחה של המבוטח, החמרה במצבו הרפואי של המבוטח ו/או סיכון לחייו.

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

2. סכום הביטוח:

סכום הביטוח המרבי לכל תקופת הביטוח למבוטח:

2.1. להשתלה:

2.1.1. **אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח** - החברה תשלם את מלא השיפוי, ישירות לנוותן השירות שבהסכם לגבי מקרה הביטוח שאירע.

2.1.2. **אצל נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הרפואיות הממשיות המפורטות להלן ששילם בפועל לנוותן השירות הרפואי. התשלום יבוצע כנגד קבלות מקוריות המפרטות את הפעולות הרפואיות שבוצעו במבוטח, הסכומים שנגבו בגינם וכן דוחות אשפוז וניתוח מקוריים הכוללים פירוט כל הפעולות, אך לא יותר מ-4,500,000 ש"ח.

2.2. **טיפול מיוחד בחו"ל** - עד 700,000 ש"ח.

3. התחייבות החברה:

בקות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח כמפורט להלן ועד התקרה הנקובה בתנאי הפוליסה:

3.1. אפשרות שיפוי להשתלה -

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

3.1.2. תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 90 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 270 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות.

3.1.3. תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

- 3.1.4. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל.
- 3.1.5. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, עד 95,000 ₪.
- 3.1.6. תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, עד 217,000 ₪.
- 3.1.7. תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל - אם לא ניתן להעביר את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות - עד 70,000 ₪.
- 3.1.8. תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה - עד 62,000 ₪ או הטיפול המיוחד - עד 20,000 ₪.
- 3.1.9. תשלום מלא עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.
- 3.1.10. הוצאות העברה יבשתית - המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח.
- 3.1.11. תשלום עבור הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- במקרה של השתלת מח עצם ובכפוף לקרות מקרה הביטוח, ישולמו הוצאות הבדיקות לאיתור תורם מח עצם, וזאת עד 100,000 ₪.
- 3.1.12. ביצע המבוטח השתלה במסגרת קופת חולים או באמצעות ביטוח זה, יהיה זכאי לסכום חודשי של 8,200 ₪ להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה או 4,200 ₪ להשתלת לבלב, כליה או מח עצמות, אשר ישולם למבוטח לאחר ביצוע ההשתלה בארץ או מיום חזרתו ארצה ולמשך תקופה מרבית של 24 חודשים.
- 3.1.13. הוצאות שימוש בלב מלאכותי - המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שימוש של המבוטח בלב מלאכותי עד לביצוע ההשתלה, בהתאם להוצאות בפועל ועד לתקרה של 100,000 ₪.
- 3.2. **ביצוע השתלה שלא במימון החברה בחו"ל** - אם ביצע המבוטח השתלה בחו"ל שהחברה לא השתתפה במימונה, בין בתשלום ישירות לנותן השירות ובין במתן שיפוי למבוטח כנגד הוצאותיו ובין אם בתשלום לקופת חולים ו/או לגורם אחר, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי בגובה 240,000 ₪, ובתנאי כי נטילת האיבר והשתלת האיבר עומדים בהוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח.
- 3.3. למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח כמפורט בסעיף 1.1 (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.
- 3.4. שיפוי לטיפול מיוחד בחו"ל - יבוצע על-פי האמור בסעיפים: 3.1.10-3.1.1.
- מובהר כי השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד חוזרים/ אשר יידרשו/ בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

4. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 90 יום ממועד ההצטרפות לביטוח.

פרק ב': ביטוח לתרופות מיוחדות

1. הגדרות

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

מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק לצורך טיפול במחלתו או לצורך החלמתו, על-פי הוראת רופא, ליטול תרופה.

2. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על-פי תנאי פרק זה בגין אחד מהסעיפים המפורטים להלן, ובתנאי כי אין תרופה חלופית בסל שירותי הבריאות שנועדה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר מביאה, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאה רפואית דומה לזו של התרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות:

2.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש עפ"י ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (להלן - המדינות המוכרות): ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

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

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

2.3.1. פרסומי ה-FDA

2.3.2. American Hospital Formulary Service Drug Information

2.3.3. Information US Pharmacopoeia - Drug

2.3.3.1. Drugdex (Micromedex)

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

א. עצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או a2.

ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.

ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או a2.

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

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

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

3. תגמולי הביטוח

3.1. החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותן השרות עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 234 ₪ למרשם לחדש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי ובכפוף לתנאים כמפורט להלן. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

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

3.3. סכום הביטוח המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד 1,100,000 ₪ ומתחדש מדי 3 שנים.

3.4. החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד ל-3,500 ₪ לכל תקופת הביטוח למבוטח.

4. חריגים מיוחדים

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

- 4.1. תרופה ניסיונית.
- 4.2. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 4.3. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.
- 4.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 4.5. טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
- 4.6. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
- 4.7. המבוטח נושא או יישא נוגדנים למחלת צהבת לסוגיה השונים.
- 4.8. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים כללי ו/או במהלך אשפוז בבית חולים כללי.

5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל

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

6. תקופת האכשרה

תקופת האכשרה היא בת 90 יום.

פרק ג': ביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים

"מהשקל הראשון"

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא הצורך בביצוע ניתוח.

2. תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח:

החברה תשפה את המבוטח, באופן מלא וישיר אצל נותן השרות שבהסכם, או כנגד קבלות מקוריות שימציא לה המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום תגמולי הביטוח המרביים באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il.

2.1 שכר מנתח בבי"ח מוסכם:

2.1.1 שכר מנתח הסכם ישולם במלואו - ישירות למנתח הסכם.

2.1.2 מנתח אחר - תשלום למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ע"י מנתח אחר, יהיה בגובה הסכום ששולם על ידו בפועל, עד לתקרת הסכום הקבוע והמפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il עבור הניתוח שבוצע.

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

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

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

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

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

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

2.7 תותבות/שתלים: בוצע במבוטח בבית חולים מוסכם ניתוח, ובמהלך הניתוח הושטלו במבוטח תותבות כלשהן, תשתתף החברה בעלות התותבות הנ"ל עד 32,000 ₪ למקרה ביטוח למבוטח.

2.8 טיפולים פיזיותרפיים לאחר ניתוח: המבטח יכסה הוצאות טיפול פיזיותרפי לאחר ניתוח, לאחר אישור הצורך הרפואי, עד 6 טיפולים ועד תקרה בסך 200 ₪ לטיפול.

2.9 שכר אחות פרטית/אח פרטי בעת ניתוח: החזר למבוטח עד 600 ₪ לכל יום אשפוז עקב ניתוח בבית חולים פרטי, ובמהלך אשפוז רציף לאחר הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על מספר ימי האשפוז על 8 ימי אשפוז לאחר הניתוח.

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

2.11. **ביצוע ניתוח בחו"ל:** בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל המכוסה על-פי ביטוח זה, תחזיר החברה למבוטח את הצאותיו במטבע ישראלי בישראל בהתאם לשער היציג ביום התשלום ע"י החברה ובהיקף זכאותו של המבוטח על-פי פרק זה בישראל.

3. תשלום במקרה מוות וכתוצאה מניתוח:

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

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

4.1. החברה תשלם למבוטח פיצוי חודשי של 3,500 ₪ במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה שנגרם כתוצאה ישירה ובלעדית מביצוע ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21 ומתחת לגיל 67 ושלא נעדר מעבודתו קודם לניתוח כתוצאה מהבעיה הרפואית שהיוותה העילה לניתוח.

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

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

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

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

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

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

5. **הידבקות באיידס:** מוטב אשר כתוצאה מעירוי דם ומוצריו שניתנו לו בזמן הניתוח או בעת האשפוז לניתוח, יחלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), יהא זכאי לפיצוי חד פעמי בסך של 175,600 ₪.

6. **הידבקות היפטטיס B או C:** מבוטח אשר כתוצאה מעירוי דם ומוצריו שניתנו לו בזמן ניתוח או בעת אשפוז, יחלה בהיפטטיס B או C יהא זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה של 4,700 ₪ ל-12 חודשים.

7. חריגים מיוחדים:

סעיף החריגים הכלליים בפוליסה חל אף על פרק זה.

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

7.1. ניתוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור מעיים שמקורם אינו בצורך רפואי ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד.

7.2. ניתוח הקשור בפוריות ו/או עקרות.

- 7.3. ניתוח בגלל פציעה שארעה תוך פעילות ספורט במסגרת אגודת ספורט.
- 7.4. השתלת איברים בישראל או בחו"ל, ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל.
- 7.5. בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון: MRI-ו CT כאשר אלה אינן חלק ממהלך הניתוח.
- 7.6. ניתוחים הקשורים בשיניים וחניכיים.
- 7.7. ניתוחים הקשורים להריון ו/או לידה למעט גרידה ו/או ניתוח קיסרי בשל צורך רפואי.

8. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 90 יום.

פרק ד': כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח

נוסח מפרק זה יעודכן בתוך 90 ימים ממועד תחילת הביטוח ובהתאם לאישור הפיקוח לעניין תכנית המסגרת

1. הגדרות

טכנולוגיה מחליפת ניתוח - טיפול רפואי שאיננו ניתוח המבוצע כתחליף לניתוח, אשר על-פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע.

2. מקרה הביטוח

הצורך בביצוע ניתוח.

3. תשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

3.1. סכום השיפוי המירבי לטיפול ו/או סדרת טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח לא יעלה על עלות הניתוח שהטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח מבוצע במקומו.

3.2. הכיסוי עבור טיפול רפואי בטכנולוגיה מחליפת ניתוח יכלול שיפוי להוצאות המבוטח בגין הכיסויים הבאים:

3.2.1. שכר הרופא המבצע את הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.

3.2.2. הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או במרפאה, לרבות האביזרים בהם נעשה שימוש במהלך הטיפול.

3.2.3. הוצאות אשפוז בבית חולים בו מבוצע הטיפול בטכנולוגיה מחליפת ניתוח.

3.3. בוצע טיפול רפואי בטכנולוגיה מחליפת ניתוח בחו"ל, יהא המבוטח זכאי לכיסוי על-פי האמור לעיל, ולפי תקרת כיסוי השווה ל-120% מתקרת הכיסוי אם היה מבוצע הטיפול בישראל.

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

4. חריגים מיוחדים לנספח זה:

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

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

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

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

4.4. הוצאות המכוסות במסגרת פרק הניתוחים, לרבות שכר מנתח, בית חולים, חדר ניתוח, בדיקות פתולוגיות, בדיקות הדמייה המבוצעות במהלך הניתוח.

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

4.6. טיפולים ו/או בדיקות מניעה וסקר.

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

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

- 4.9. טיפולים במסגרת רפואה משלימה.
- 4.10. טיפולי פיסיותרפיה, טיפולים פרא-רפואיים וטיפולים כימותרפיים.
- 4.11. טיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח אשר טרם בוצעו בפועל במבוטח ו/או בגין התחייבות מבצע הטיפול לטיפולים בטכנולוגיה מחליפת ניתוח עתידיים.
5. תקופת אכשרה:
תקופת האכשרה היא בת 90 יום.

פרק ה': ניתוחים פרטיים בחו"ל

1. הגדרת הטסה רפואית

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

2. מקרה הביטוח

צורך בביצוע ניתוח.

3. תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח

בקרות מקרה הביטוח, תשלם החברה ישירות לספק השירות ו/או תשפה את המבוסח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח, כמפורט להלן: שכר מנתח, אשפוז עד 30 יום, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת עד 40,000 ₪ למקרה ביטוח.

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

3.1.1 כיסוי להוצאות הטסה רפואית

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוסח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד 40,000 ₪.

3.1.2 כיסוי להוצאות שהייה

במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 10 ימים, החברה תכסה את הוצאות השהייה של מלווה אחד, לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על 450 ₪ ליום, לתקופה מרבית של 30 יום. במקרה בו המבוסח העובר את הניתוח מתחת לגיל 18, יינתן הכיסוי לשני מלווים - עד 900 ₪ ליממה לשני מלווים.

3.1.3 כיסוי להוצאות הטסת גופה

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

3.1.4 הוצאות העברה יבשתית

עד תעריף שירותי אמבולנס בארץ מקום ביצוע הניתוח.

4. חריגים מיוחדים

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

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

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

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

4.3. מקרה ביטוח שארע למבוסח השוהה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.

5. תנאים מיוחדים לנספח זה

5.1. הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח, ייעשו ישירות על ידי החברה. בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את החברה באופן מידי וימסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח, תגמולי הביטוח יוגבלו לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבטח לנותני שירות שבהסכם.

5.2. החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

6. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 90 יום.

פרק ו': ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

1. הגדרות

- 1.1. חוות דעת ראשונה - דו"ח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המוטב וכן כלמידע רפואי רלוונטי אחר לרבות; צילומי רנטגן, U.S., C.T, M.R.I., בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה.
- 1.2. "אירוע לב" - אוטם שריר הלב, צנתור טיפולי עם בלון או סטנט, ניתוח מסתמים, ניתוח מעקפים, השתלת לב, הפרעות קצב.

2. מקרה ביטוח

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

3. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

החברה תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה, אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט להלן:

- 3.1. **חוות דעת רפואית בישראל** עד 700 ש"ח להתייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה) ועד 6 כ"ס התייעצויות למשפחה לשנת ביטוח.
- 3.2. **בדיקות רפואיות אבחנתיות** כל מבוטח יהא זכאי להשתתפות בהוצאות בדיקות רפואיות אבחנתיות לרבות בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה CT ו-MRI. תקרת הכיסוי לבדיקות רפואיות אבחנתיות תהיה עד 5,000 ש"ח למשפחה לשנת ביטוח.
- 3.3. **טיפולים המבוצעים ע"י רופא שניים:**

3.3.1. **עקירה כירורגית:** החזר למבוטח עבור תשלומים שהמבוטח שילם לרופא שניים עבור ביצוע עקירה כירורגית של שן, עד 345 ש"ח.

3.3.1.1. עקירה כירורגית פירושה, עקירת שן כתוצאה מתהליך עשיתי אשר גרם להרס מוחלט של כותרת השן או שן בעלת שורשים עקומים ומפותלים אשר מחייב חיתוך בחניכיים עד לחשיפת השורשים על מנת לאפשר נקודת אחיזה לכלי העזר החולץ.

3.3.1.2. הזכאות לטיפול רק אם התופעות המצוינות לעיל יאובחנו בצילום רנטגן לפני הטיפול.

3.3.2. ניתוחי חניכיים:

החזר למבוטח עבור תשלומים שהמבוטח שילם לפריודנט מומחה עבור הטיפולים כדלהלן ולא יותר מהסכום הנקוב לכל טיפול:

3.3.2.1. בדיקה פריודנטית - בדיקה וקביעת תכנית טיפול תוך רישום מלא של הממצאים הדנטליים הנדרשים - עד 370 ש"ח.

3.3.2.2. טיפול פריודנטי שמרני (הקצעת שורשים או קיורטג') - פעולה שמטרתה הסרת הרובד והאבנית ממשטחי השורש או הסרת הרקמה הרכה בכיס החניכיים - עד 210 ש"ח לכל סקסטנט (1/6 פה).

3.3.2.3. כירורגיה פריודנטלית - ניתוח ברקמה רכה, כריתת חניכיים, ניתוח מטלית, השתלת חניכיים; הניתוח יכלול אלחוש מקומי, תפרים וכל הדרוש לביצוע וסיום הטיפול. הזכאות לטיפול זה היא לאחר 3 חודשים מתום הטיפול הפריודנטי השמרני כאשר קיימת עדיין תחלואה פריודנטית בפה המחייבת ניתוח זה - עד 1,960 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה).

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

3.4. טיפולים רדיותרפיים ו/או כימוטרפיים - עד 37,000 ₪ לשנת ביטוח, בהשתתפות עצמית של 30%.

3.5. **מנוי לשירותי משדר קרדיוולוגי** - המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיוולוגי לאחר קרות אירוע לב כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל וזאת עד 50% מההוצאות בפועל, ועד 2,500 ₪ לשנה. תוקף המנוי הינו ל-12 חודשים בלבד.

4. חריגים מיוחדים:

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

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

4.2. ניתוחים וטיפולים הקשורים בשיניים, למעט המפורט בפרק זה.

פרק ז': שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

בקרות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאותיו ו/או ישלם לספק השירות, עבור שירותי רפואה משלימים המפורטים בפרק זה, בכפוף לתנאים בהסכם שאליו צורף פרק זה ולתנאים המיוחדים שבפרק זה.

1. **מקרה הביטוח** - מבוטח אשר לפי אבחנת הרופא המטפל בו (שהינו בעל רישיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל) קיבל הפניה בכתב לקבלת טיפול באמצעות רפואה משלימה מהרופא המטפל הנ"ל.

2. רשימת הטיפולים המכוסים - אחד או יותר מהרשימה להלן:

2.1. המנוי יהא זכאי לקבל שירותי רפואה משלימה כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד (להלן - "השירותים").

2.1.1. **אקופונקטורה** - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.

2.1.2. **רפלקסולוגיה** - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.

2.1.3. **שיאצו** - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת אנרגיה בגוף.

2.1.4. **אוסטיאופתיה** - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.

2.1.5. **כירופרקטיקה** - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.

2.1.6. **הומיאופתיה** - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.

2.1.7. **פלדנקרייז** - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.

2.1.8. **ביו-פידבק** - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.

3. תגמולי ביטוח

3.1. המבטח יחזיר למבוטח 80% מההוצאות הממשיות בפועל שהיו לו עבור שירותי הרפואה המשלימה המפורטים בסעיף 2.1 לעיל.

3.2. סכום השיפוי המירבי שישולם למבוטח על-פי פרק זה בגין כל טיפול לא יעלה על 140 ש"ח. סכום השיפוי המירבי הכולל שישולם המבטח למבוטח על-פי פרק זה לא יעלה על 1,400 ש"ח לשנת ביטוח.

4. חריגים

4.1. השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיו"ב).

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

פרק ח': כתב שירות - לחיות בריא -

שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים

1. הגדרות

- בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בציודם.
- 1.1. **ביקורופא** - חברת ביקורופא בע"מ.
 - 1.2. **המבטחת או חברת הביטוח** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
 - 1.3. **פוליסת הביטוח** - פוליסת ביטוח בריאות של המבטחת, הכוללת כתב שירות לשירותי רפואה מונעת ואיכות חיים.
 - 1.4. **מבוטח** - עובד פעיל אצל המבוטח ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדיהם עד גיל 21 אזרחי ארץ ישראל ששמם נקוב בקובץ הנתונים שיועבר מידי חודש לחברה על ידי המבוטח.
 - 1.5. **המנוי או המשפחה המנויה** - מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
 - 1.6. **נותני השירות** - נותני השירות באחד התחומים המפורטים להלן, אשר ביקורופא התקשרה עימם בהסדר למתן השירותים נשואי כתב שירות זה.
 - 1.7. **רופא** - רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רשיון לעסוק ברפואה.
 - 1.8. **מטפל** - מטפל, הרשאי על-פי דין ליתן את השרות הרלוונטי למבוטח, ואשר ביקורופא התקשרה עמו בהסכם בקשר למתן שרות למנוייה.
 - 1.9. **דיאטן** - דיאטן קליני בעל הסמכה רשמית, אשר ביקורופא התקשרה עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
 - 1.10. **תזונאי** - תזונאי בעל הסמכה רשמית, אשר ביקורופא התקשרה עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
 - 1.11. **קלינאי תקשורת** - קלינאי תקשורת בעל הסמכה רשמית, אשר ביקורופא התקשרה עימו למתן השירות למנוייה.
 - 1.12. **מאמן כושר גופני** - מאמן בעל הסמכה רשמית ממכון וינגייט או סמינר הקיבוצים, אשר ביקורופא התקשרה עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
 - 1.13. **מוקד השירות** - מוקד טלפוני ארצי בקו ירוק מס' 1-800-260-660 (רב קווי), המאפשר שיחת טלפון בחינם.
 - 1.14. **המדד** - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
 - 1.15. **מדד הבסיס** - כמפורט בפוליסה.
 - 1.16. **חג** - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

2. שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים

המנוי יהיה זכאי לקבל שירותים כמפורט להלן:

- 2.1. **יעוץ דיאטטי ותזונה נכונה**
 - 2.1.1. השירות כולל מתן ייעוץ דיאטטי ותזונה נכונה, תוך התאמת תפריט ותוכנית דיאטה אישית.
 - 2.1.2. השירות ניתן ע"י דיאטן קליני או תזונאי, עפ"י בחירת המבוטח.
 - 2.1.3. השירות כולל ייעוץ טלפוני ראשוני ע"י מבצע הטיפול, וסדרה בת 10 פגישות טיפוליות נוספות, לכל שנת ביטוח, משך כל פגישה כ-45 דקות.
 - 2.1.4. השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.

2.2 הרזיה רפואית

- 2.2.1 השירות כולל מתן יעוץ רפואי להרזיה ושמירה על משקל הגוף לאורך זמן. במסגרת השירות יקבל המנוי ערכת טיפול אישי המכילה רשימת תוספי מזון, תפריט אישי ויעוץ לפעילויות משלימות (כגון ספורט).
- 2.2.2 השירות ניתן ע"י רופא מוסמך.
- 2.2.3 השירות כולל סדרה בת 12 פגישות טיפוליות, לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-45 דקות.
- 2.2.4 השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.

2.3 ליקויי למידה

- 2.3.1 השירות כולל מתן יעוץ ותמיכה ע"י קלינאי תקשורת, לאבחון וטיפול בבעיות ליקויי למידה בילדים עד גיל 14.
- 2.3.2 השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים בליקויי למידה בהוראה מתקנת ו/או בשיטת אלבאום.
- 2.3.2 השירות כולל סדרת מפגשים כמפורט להלן:
 - א. עד 2 פגישות למטרת אבחון שאורך כל פגישה 90 דקות.
 - ב. עד 10 פגישות למטרות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-45 דקות.
- 2.3.3 השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.

2.4 גמילה מעישון

- 2.4.1 השירות כולל מתן טיפול לגמילה מעישון בשיטת הדיקור הסיני ובשילוב צמחי מרפא על-פי הצורך.
- 2.4.2 השירות ניתן ע"י מטפל מוסמך.
- 2.4.3 השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-45 דקות.
- 2.4.4 השירות יינתן בקליניקה של המטפל.

2.5 הפגת מתחים

- 2.5.1 השירות כולל מתן טיפול להפגת מתחים, באחד מן התחומים הבאים: שיאצו, רפלקסולוגיה, עיסוי רקמות, טווינא, שיטת אלכסנדר, יוגה, פלדנקרייז.
- 2.5.2 השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים.
- 2.5.3 השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ-50 דקות.
- 2.5.4 השירות יינתן בבית המבוטח.

2.6 מאמן אישי - טיפוח כושר גופני

- 2.6.1 השירות כולל מתן שיעורי אימון כושר גופני ע"י מאמן אישי מוסמך תוך בניית תכנית אימונים אישית המותאמת למנוי, כולל חיטוב הגוף, חיזוק שרירים ושיפור סיבולת לב-ריאה.
- 2.6.2 השירות ניתן ע"י מאמן כושר מוסמך.
- 2.6.3 השירות כולל סדרה בת 10 אימונים עם מאמן כושר מוסמך לכל שנת ביטוח. משך כל אימון כ-60 דקות.
- 2.6.4 השירות יינתן בבית המבוטח.

2.7 רשת מכוני כושר

- 2.7.1 השירות כולל זכאות למנוי שנתי מוזל במכון כושר אשר התקשר בהסכם לעניין זה עם ביקורופא.
- 2.7.2 רשימת מכוני הכושר המלאה והמעודכנת נמצאת במוקד השירות. הרשימה תתעדכן מעת לעת.

3 כללי

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

- 3.12. הזכות לקבלת השירות על-פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 3.13. למרות האמור בסעיפים 2.5 ו-2.6 השירותים המפורטים בהם יינתנו למנויים ביישובים יהודה, שומרון, חבל עזה, ויישובי בקעת הירדן והערבה, בכתובות שתימסרנה על ידי מוקד השירות, ואליהן יגיעו בעצמם ועל חשבונם.

4. השתתפות עצמית

4.1. המנוי ישלם דמי השתתפות עצמית ישירות לנותן השירות כמפורט להלן:

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

- 4.2. הסכומים האמורים כוללים מע"מ בשיעור של 18%. היה ויחול שינוי בשיעור המע"מ ישתנו סכומים אלה בהתאם.
- 4.3. הסכומים הנ"ל צמודים למדד הבסיס ואולם הם יעודכנו אחת ל-12 חודשים בלבד.
- 4.4. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, תהא ביקורופא רשאית להפסיק ליתן את השירותים למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

5. בחירת נותני השירות

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

6. תקופת תוקפו של כתב השירות

- תוקפו של כתב שירות זה כל עוד פוליסה זו בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבטחיה או במקרה בו הוסכם ע"י החברה ובעל הפוליסה על ביטול כתב השירות במהלך תקופת הביטוח או בסיימה.
- אולם, מבטח אשר החל בקבלת טיפולים מנותן השירות ימצא את זכותו עד לסיום אותה סדרת טיפולים לאותה שנת ביטוח בלבד.

פרק ט': כתב שירות - שירותים רפואיים ייחודיים

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.

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

2. שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה

2.1. השירות

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

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

2.3.4.3. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול החורג משירותי המידע המפורטים בכתב שירות זה.

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

3. שירות ביקור רופא לילי

3.1. השירות

3.1.1. המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט בסעיף 3.1.2 להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם (להלן - "שירות ביקור רופא לילי"). שירות ביקור רופא לילי יינתן בביתו של המנוי או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המנוי הנזקק לשירות, או שהמנוי הנזקק לשירות יופנה לקבלת שירות ביקור רופא לילי באחד ממוקדי שירות ביקור רופא לילי המופעלים על ידי ביקורופא, הנמצא בסמוך למקום הימצאו (להלן - "המוקד הרפואי"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכל לפי בחירת המנוי (ובכפוף לשעות הפעילות של המוקדים הרפואיים כאמור להלן). האמור לעיל כפוף לסעיפים 3.2.4 ו-5.3 להלן.

3.1.2. המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט להלן:

3.1.2.1. מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי.

3.1.2.2. בדיקה גופנית של המנוי לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ-דם, הכל כפי שיידרש על-פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.3. קביעת אבחנה רפואית.

3.1.2.4. בדיקת א.ק.ג. באמצעות קרדיו-ביפר על-פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.5. קבלת תרופות ראשוניות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.6. קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.7. הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/רופא ילדים, המטפל במנוי באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.8. הפניית המנוי לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.

3.1.2.9. מתן תעודה רפואית.

3.1.2.10. **פינוי חינוך באמבולנס** - במקרה שרופא ההסכם שבדק את המנוי בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על-פינוי באמבולנס, תשלם ביקורופא למנוי את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל **במקור בלבד** לביקורופא, ובתנאי שהמנוי אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא חבר.

3.2 כללי

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

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

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

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

3.2.3 שירות ביקור רופא לילי יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.

3.2.4 שירות ביקור רופא לילי ניתן בכל מקום ישוב בשטחי מדינת ישראל או השטחים המוחזקים אשר נמצאים בשליטת מדינת ישראל. במקרה שספק השירות לא יוכל לספק שירות זה באזור שקיבל פנייה לגביו, יקבל המנוי, לאחר פנייתו למוקד השירות וקבלת אישור בהתאם, אחד מאלה: אם יפנה לקבלת שירות רפואי אצל גורם רפואי אחר, החזר - עד לסך של 250₪ לפנייה בניכוי דמי השתתפות עצמית כנקוב בכתב השירות. זאת לאחר הצגת קבלה מקורית או בהעדר קבלה מקורית, כנגד העתק בצירוף הסבר למי נשלחה הקבלה המקורית ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם המנוי בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. לחילופין, המנוי יהיה רשאי לקבל יעוץ רפואי טלפוני, על ידי רופא מטעם ספק השירות.

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

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

3.3 אחריות

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

3.3.1.1 הגעת רופא הסכם לבית המנוי או הפניית החולה למוקד הרפואי הסמוך למקום הימצאו, בכפוף לאמור בסעיפים 3.2.4 ו-3.5.

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

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

3.3.2.1 איכות שירות ביקור רופא לילי נשוא כתב שירות זה.

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

- 3.3.2.3. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 3.3.2.4. הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפולים או שירותים על ידי רופא אחר שאינו רופא הסכם.

4. שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים

4.1. השירות

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

4.2. כללי

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

4.3. אחריות

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

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

5. שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי

5.1. השירות

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

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

5.2. כללי

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 5.2.8 פגישות הייעוץ האישיות תערכנה במשרדו של המטפל, כאשר המנוי הנזקק לשרות יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל המטפל. מובהר בזאת כי השרות אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המנוי.
- 5.2.9 עם תום פגישת הייעוץ יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי המטפל בפועל קיים את פגישת הייעוץ האישיית.
- 5.2.10 המנוי יודיע למוקד השרות על כל שינוי בכתובתו ובמספר הטלפון של ביתו.
- 5.2.11 במקרה שהמנוי יבקש לבטל פגישת ייעוץ כלשהי, יודיע על כך ישירות למטפל בפועל לפחות יום עבודה אחד מראש. למען הסר ספק מובהר, כי במקרה שהמנוי לא יודיע על ביטול פגישת הייעוץ לפחות יום עבודה אחד מראש, יחויב המנוי בדמי טיפול עבור אותה פגישת ייעוץ.
- 5.3 הגבלות וחריגים**
- 5.3.1 המנוי יהיה זכאי לכל היותר ל-12 פגישות ייעוץ לכל שנת ביטוח.
- 5.3.2 למטפלים, לפי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקק לטיפול אחר שלא לטפל בפנייה של המנוי ולהפנותו לשרותי חירום ציבוריים.
- 5.3.3 השרות על-פי כתב שרות זה לא יינתן במקרה שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של מרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.
- 5.3.4 שרותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על-פי כתב שרות זה לא יינתנו במקרים שעל-פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל הינם מקרים של אוטיזם, פיגור שכלי, מצבים פסיכוסטיים כרוניים, הפרעות נוירולוגיות של התפתחות, שימוש והתמכרות לסמים ועבריינות.
- 5.3.5 למנוי הזכות לבקש להחליף את המטפל, ובמקרה זה ביקורופא תעשה כמיטב יכולתה על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר עימו התקשרה ביקורופא בהסכם, ובלבד שהחלפת המטפל לא תסתור את שיקול הדעת המקצועי של המטפל המקורי בפועל.
- 5.3.6 למטפל שיקול הדעת המקצועי המלא והבלעדי להפנות את המבוטח למטפל אחר במערך של ביקורופא.
- 5.3.7 השרות לא יינתן במקום שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, קיים רקע אורגני לסבלו של המנוי או חשד לרקע אורגני, המצריך על-פי הוראות כל דין בדיקה של רופא בסמוך לתחילת הטיפול, אלא אם נמסר למטפל בפועל אישור בכתב של הרופא הקובע את הטיפול הדרוש.
- 5.3.8 השרות על-פי כתב שירות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.
- 5.4 אחריות**
- 5.4.1 מחויבותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפול בקריאה של מנוי לקבלת השרות תסתיים בהתרחש אחד משני האירועים המפורטים להלן, המוקדם מבין שניהם:
- 5.4.1.1 הפניית קריאתו של המנוי לייעוץ טלפוני או הפניית המנוי למטפל לצורך פגישת ייעוץ, לפי העניין.
- 5.4.1.2 ביטול הקריאה לקבלת הייעוץ הטלפוני על ידי הודעת המנוי למוקד השרות.

6. כללי

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

7. השתתפות עצמית

- 7.1 שירותי המידע יינתנו ללא כל תשלום של דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי לביקורופא.
- 7.2 שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו ללא כל תשלום של דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי לביקורופא.
- 7.3 שירות ביקור רופא לילי, יינתן כנגד תשלום דמי השתתפות עצמית בסך של 25 (עשרים וחמישה) ש"ח בגין כל מנוי שניתן לו שירות ביקור רופא לילי במסגרת אותו ביקור (בין אם ביקור בית או ביקור במוקד הרפואי). המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם, שביצע את שירות ביקור רופא לילי את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל.
- 7.4 כמו כן המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם תמורה בגין תרופה בבקבוקים או תרופה באמפולות או זריקות, במידה ותרופות כאמור ניתנו לו ע"י רופא ההסכם.
- 7.4 ייעוץ וסיוע פסיכולוגי יינתן כנגד תשלום השתתפות עצמית בסך של 80 ₪ לפגישה הראשונה ובתשלום וסך של 100 ₪ לכל אחת מ-11 הפגישות הנוספות. המנוי ישלם ישירות למטפל, את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל.
- 7.5 הסכומים האמורים כוללים מע"מ בשיעור של 18%. היה יוחול שינוי בשיעור המע"מ ישתנו סכומים אלה בהתאם.
- 7.6 הסכומים הנ"ל צמודים למדד ממדד הבסיס ואולם הם יעודכנו אחת ל-12 חודשים בלבד.
- 7.7 במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, תהא ביקורופא רשאית להפסיק ליתן את השירותים למשפחה המנויה לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

8. תקופת תוקפו של כתב השירות

- תוקפו של כתב שירות זה כל עוד פוליסה זו בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבטחיה או במקרה בו הוסכם ע"י החברה ובעל הפוליסה על ביטול כתב השירות במהלך תקופת הביטוח או בסיומה.
- אולם, מבטח אשר החל בקבלת שירותי סיוע ויעוץ פסיכולוגי ימצא את זכותו עד לסיום אותה סדרת מפגשים לאותה שנת ביטוח בלבד.

פרק י': ביטוח סיעודי

פרק זה הינו בתוקף עד ליום 31.12.2017

1. הגדרות מיוחדות

1.1. **תאונות** - נזק גופני בלתי צפוי מראש הנגרם במשך תקופת הביטוח במישרין ע"י אמצעי אלימות חיצוניים וגלויים לעין, אשר מהווה ללא כל תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית להיות המבוטח במצב מזכה.

1.2. **מצב מזכה** - אחד משני האירועים המצוינים להלן:

1.3. **אירוע א.** מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר ביגונו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות:

1. לקום ולשכב

2. להתלבש ולהתפשט

3. להתרחץ

4. לאכול ולשתות

5. לשלוט על הסוגרים

6. נידות

1. לקום ולשכב

יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכיסא, כולל ביצוע פעולה זו מכיסא גלגלים ו/או ממיטה.

2. להתלבש ולהתפשט

יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פרטי לבוש מכל סוג, ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.

3. להתרחץ

יכולתו העצמאית של מבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.

4. לאכול ולשתות

יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו, בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.

5. לשלוט על הסוגרים

יכולתו העצמאית של המבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או על פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל: שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה בסוגרים.

6. נידות

יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכיסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

או:

אירוע ב. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח אשר עקב "תשישות נפש" שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על-פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

1.4. **תגמול סיעודי:** סכום הפיצוי הנקוב להלן אותו תשלם החברה למבוטח הנמצא במצב מזכה.

2. התחייבות החברה (מקרה ביטוח)

2.1. החברה תפצה בתגמול סיעודי בסך 5,500 ש"ח מבוטח הנמצא במצב מזכה, מתום תקופת ההמתנה וכל עוד המבוטח במצב מזכה כמוגדר לעיל, לתקופה מרבית עד **36 חודשים**.

2.2. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בתנאי מפורש שמקרה הביטוח ארע תוך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה ובכפוף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים ובנספח זה. **מובהר בזאת כי התגמול הסיעודי יופסק אם חס וחלילה נפטר המבוטח במהלך תקופת תשלום התגמול הסיעודי.**

3. תקופת המתנה

תקופת ההמתנה היא בת 90 יום. מובהר בזאת כי תקופת ההמתנה בקרות מקרה הביטוח, תכלול אף את ימי האשפוז בבית חולים שאינו בית חולים סיעודי או במחלקה שאינה מחלקה סיעודית. למרות האמור לעיל, במידה והמבוטח לא מיצה את מלוא תקופת התגמול הסיעודי, וחזר להיות במצב מזכה לתקופה העולה על שישים יום, לא תחול לגביו תקופת המתנה נוספת.

4. ויתור על תשלום דמי ביטוח

המשלם ו/או המבוטח יהא משוחרר מתשלום דמי הביטוח בגין ביטוח זה במשך תקופת תשלום התגמול הסיעודי על ידי החברה.

5. חריגים מיוחדים

סעיף החריגים הכלליים בפוליסה חל אף על פרק זה.

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

5.1. אשפוז של המבוטח בבית חולים שאינו בית חולים סיעודי או במחלקה שאינה מחלקה סיעודית, אלא אם היה המבוטח זכאי לתגמול סיעודי במשך תקופה העולה על 30 יום, בטרם אשפוזו.

5.2. מודגש במפורש, כי על החברה לא תחול חבות כל שהיא, אם המבוטח לא היה מסוגל לבצע באופן חלקי או מלא פעולה אחת מתוך 6 הפעולות המפורטות בסעיף 1.2 אירוע א', או הינו תשוש נפש, טרם הצטרפותו לביטוח. ובכפוף לאמור בסעיף 7.3 בחריגים הכלליים.

6. הגבלת חבות החברה מחוץ לגבולות המדינה

אחריות החברה לתשלום גמלת סיעוד על-פי נספח זה בעת היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל, מוגבלת לתקופת פיצוי שאינה עולה על 90 יום, אלא אם כן, הסכימה החברה מראש ובכתב אחרת. עם שובו של המבוטח מחו"ל, ימשכו תשלומי גמלת הסיעוד על-פי נספח זה, כל עוד המבוטח נמצא במצב מזכה.

7. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 90 יום ממועד ההצטרפות.

איך לנהוג בעת תביעה?

חשוב לציין כי בכל מקרה של תביעה ולפני קביעת תור/ביצוע ניתוח ו/או השתלה ו/או התייעצות או בדיקה, יש ליצור קשר עם סוכנות הביטוח או מוקד שרות הלקוחות של הראל ולקבל את כל המידע בנוגע לתהליך הגשת התביעה והשימוש בפוליסה.

מה לעשות כשצריך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל?

עם היוודע הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד בחו"ל, ליצור קשר עם גלובוס סוכנות לביטוח בע"מ בטלפון הרשום מטה, כדי לקבל הדרכה בתהליך התביעה במקרה השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.

מה לעשות כשצריך ניתוח פרטי?

למבוטחים במסלול - כיסוי מורחב לניתוחים - מהשקל הראשון:

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

ביצוע ניתוח באופן דחוף

- במקרה של ניתוח פרטי דחוף, הנך מתבקש להודיע לביה"ח ולמנתח כי הנך מוטב בביטוח רפואי בהראל.
- בהזדמנות הראשונה הודע גלובוס סוכנות לביטוח בע"מ בטלפון הרשום מטה על הניתוח והעבר את כל המידע הרפואי בצירוף הקבלות המקוריות על התשלומים ששילמת.

להזמנת רופא לביקור לילי ו/או לשירותי מידע טלפוני לבריאות המשפחה:

יש להתקשר למוקד חברת ביקורופא 1-800-260-660.

מה לעשות במקרה של מצב סיעודי?

עם היוודע המצב הסיעודי, עליך או על מישהו מבני המשפחה לפנות גלובוס סוכנות לביטוח בע"מ, כדי לקבל את מלוא העזרה והייעוץ הדרושים בדבר תהליך הגשת התביעה.

אנו עומדים לרשותך בכל עת

גלובוס סוכנות לביטוח בע"מ

טל': 03-6881818, פקס: 03-6882228

כתובת: רחוב ריב"ל 7, תל אביב 67778

מוקד חברת ביקורופא

1-800-260-660

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000

פרטי התקשרות

גלובוס סוכנות לביטוח בע"מ

רחוב ריב"ל 7 תל אביב

מיקוד 6777840

03-6881818 📞

03-6882228 📠

להזמנת ביקור רופא עד הבית יש ליצור

קשר עם מוקד חברת ביקורופא

1-800-260-660 📞

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 📞