

## תכנית ביטוח הבריאות הקבוצתית לעובדי VMWARE ובני משפחתם

### עובדות ועובדים יקרים,

אנו שמחים לבשר לכם על השקת תכנית ביטוח הבריאות הקבוצתית של עובדי חברת VMWARE לאחר חודשים בהם השקענו רבות ללימוד ובחינה מעמיקה של נושא ביטוח הבריאות הקולקטיבי והשלכותיו, גיבשנו תכנית ביטוח בריאות קבוצתית ומקיפה בעלת תנאים ייחודיים בחברת הביטוח "הראל". בחרנו להעניק לכם הטבה זו כמרכיב חשוב ביותר במכלול מאמצינו לשיפור רווחתכם העובדים ובני משפחותיכם.

עובדי החברה יצורפו לביטוח הבריאות, **לאחר שיחתמו על טופס הצטרפות**. החל מה- 1.01.2013 עד 31.03.2013 ניתן להצטרף לביטוח ולצרף בני משפחה, ללא צורך בהצהרת בריאות. עובדים חדשים יוכלו להצטרף לביטוח ו/או לצרף בני משפחה, ללא צורך בהצהרת בריאות בתוך 90 יום מתחילת העסקתם. היתרון המשמעותי, שנובע מהצטרפות ללא הצהרת בריאות של עובדי החברה ו/או בני המשפחה לביטוח, הינו מתן כיסוי למצב רפואי קיים בתום שנים עשר חודשים מיום ההצטרפות לביטוח ובכפוף לתנאי ההסכם.

תכנית הביטוח הינה בעלת תנאים מועדפים, היא מציעה שירותים רפואיים מתקדמים ביחס לסכומי הביטוח ומהווה אלטרנטיבה אטרקטיבית ביותר לתוכניות הביטוח המוצעות כיום בשוק.

### אנו רואים בביטוח הבריאות חשיבות עליונה הן בשמירה על איכות החיים ובהתמודדות עם בעיות בריאותיות והן לעיתים כצורך הכרחי להצלחת חיים.

תכנית ביטוח כוללת כיסוי ל: השתלות בארץ ובחו"ל, טיפולים וניתוחים מיוחדים בחו"ל, כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות, כתיבי שירות (ביקור רופא בבית 24 שעות ביממה, סיוע ויעוץ פסיכולוגי, שירותי מעבדה עד הבית), כיסוי מורחב לניתוחים פרטיים או כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים (לבעלי ביטוח משלים בקופ"ח), טיפולים מחליפי ניתוח המבוצעים בישראל, ניתוחים בחו"ל, שירותים רפואיים נוספים ועוד...

"דורביט סוכנות לביטוח" המהווה את חטיבת הבריאות של "אגם - לידרים" נבחרה לסוכנות המטפלת, מייצגת ומלווה את עובדי החברה ובני המשפחה בכל הנוגע לביטוח הבריאות.

בעמודים הבאים תמצאו את תנאי הביטוח המלאים. כמו כן, מפורטות העלויות הכרוכות בצירוף בני המשפחה.

מטרתנו הנה לתת לכל אחד ואחת מכם את הביטחון והשקט הנפשי בהתמודדות עם בעיות בריאות, תוך מטרה לשמור על רמת בריאות ואיכות חיים. כולנו תקווה כי איש מעובדינו או בני משפחתו לא יזדקק כלל לשירותיה של פוליסת הביטוח הנ"ל.

**בברכת בריאות שלמה,**

**הנהלת VMWARE**



# תוכן עניינים

עמ'

- 4 ..... עיקרי תוכנית ביטוח הבריאות
- 6 ..... ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על פי תקנות "גילוי נאות")
- 11 ..... פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח
- 14 ..... פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי VMWARE ובני משפחתם
- 14 ..... תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה
- 30 ..... פרק א' - השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
- 35 ..... פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
- 39 ..... פרק ג' - שירותים רפואיים ייחודיים (מורחב)
- 51 ..... פרק ד' 1 - ניתוחים בישראל
- 55 ..... פרק ד' 2 - משלים שב"ן - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים פרטיים בישראל
- 61 ..... פרק ה' - כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח המבוצעים בישראל
- 63 ..... פרק ו' - כיסוי לניתוחים בחו"ל
- 66 ..... פרק ז' - שירותים רפואיים נוספים
- 68 ..... פרק ח' - כתב שירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)
- 73 ..... דף הרשימה
- 74 ..... איך לנהוג בעת תביעה?

# עיקרי תוכנית ביטוח הבריאות

- **השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל** - כיסוי ללא תקרה להשתלות בבתי חולים בהסדר. בבתי חולים שלא בהסדר עד 1,000,000\$. להשתלת איבר מבעלי חיים - עד 2,500,000\$. לטיפול מיוחד בחו"ל 200,000\$.
- **תרופות שלא בסל הבריאות** - כיסוי רחב עד תקרה בסך 2,500,000\$ שם לתקופת ההסכם. ההסכם יחודש בתום ההסכם לתקופת הביטוח החדשה.
- **כתב שירות הכולל:**
  - **הזמנת רופא עד הבית** - 24 שעות ביממה, בעלות של 25\$ שם לביקור.
  - **יעוץ וסיוע פסיכולוגי** - אצל מטפלים שבהסדר עם ספק השירות.
  - **שירותי מעבדה עד הבית** - בעלות של 40\$ שם.
- **כיסוי לניתוחים פרטיים בישראל** - כיסוי לניתוח פרטי בכל בית חולים בארץ עם אפשרות לבחירת המנתח והמרדים ע"י המבוטח.
- **טיפולים מחליפי ניתוח** - כיסוי רחב לטיפולים רפואיים מתקדמים המוגדרים כמחליפי ניתוח כולל בחירת הרופא ובית החולים ע"י המבוטח.
- **כיסוי לניתוחים בחו"ל** - כיסוי לכל ניתוח פרטי בחו"ל, בתנאי שתיאום הניתוח נעשה על ידי החברה והתקבל אישור מהחברה לביצוע הניתוח בחו"ל.
- **כיסויים אמבולטוריים:**
  - **ייעוץ עם רופאים מומחים** - שלוש התייעצויות בשנה עד סך של 800\$ שם להתייעצות (השתתפות עצמית 20%).
  - **השתתפות בבדיקות הריון** - השתתפות בבדיקות: מי שפיר, סריקה על קולית, אבחון גנטי טרום לידתי ועד 3,000\$ שם להריון רגיל, ועד 4,000\$ שם להריון רב עוברי (השתתפות עצמית 20%). לבדיקות אלו תקופת אכשרה בת 180 יום.
  - **טיפולים פיזיותרפיים/הידותרפיים** - כיסוי ל- 17 טיפולים בשנה עד 150\$ שם לטיפול ועד סכום כולל של עד 2,500\$ שם (בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%).
  - **טיפול פריון** - כיסוי בגובה 8,000\$ שם לטיפול ועד 3 סדרות טיפולים, (בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%). לכיסוי זה תקופת המתנה בת 270 יום.
  - **בדיקות אבחנתיות** - השתתפות בבדיקות אבחנתיות עד 2,000\$ שם לשנת ביטוח ועד 4,000\$ שם לשנת ביטוח לבדיקת הדמיה כגון: MRI, CT וכו' (בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%).
  - **טיפולים רדיותרפיים וכימותרפיים** - עד 10,000\$ שם למבוטח לשנת ביטוח ועד 30,000\$ שם לכל תקופת הביטוח (בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%).
- **בדיקות מונעות למבוטחים מעל גיל 50** - ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות העצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני - עד 280\$ לבדיקה, אחת ל- 3 שנים (לכל בדיקה) (בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%).

**בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים** - באמצעות מעבדות oncotest ועד 4,000 ש"ח למקרה (בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%).

**חוות דעת רפואית שניה בחו"ל** - מבתי חולים שבהסכם עם חברת הביטוח ועד 4,000 ש"ח למקרה ביטוח (בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%).

- **רפואה משלימה** - קבלת שירותי רפואה משלימה (עד 16 טיפולים למבוטח למקרה ביטוח, כמפורט להלן: הומאופתיה, אקופנטורה, כירופרקטיקה, אוסטיאופתיה, רפלקסולוגיה, שיאצו, פלדנקרייז, ייעוץ דיאטטי, ביו-פידבק, נטורופתיה).

### **ועוד יתרונות**

- עובדים שיעזבו את החברה, מכל סיבה שהיא, יוכלו להישאר תחת הכיסוי הקבוצתי בתוספת של 60% על תעריפי ההסכם של עובדי החברה, כל עוד ההסכם בתוקף. היה וההסכם יתבטל יוכלו הפורשים להמשיך ולהיות מבוטחים בפוליסה פרטית אישית בחברת "הראל" וייהנו מהנחות משמעותיות על התעריפים הרגילים של חברת הביטוח.
- הניסיון של חברת "הראל" והשרות של "דורביט סוכנות לביטוח", המטפלת בארגונים רבים בתחום ביטוחי הבריאות, יאפשרו לכל אחד ואחת לקבל את הסיוע הטוב ביותר ברגע האמת.

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

תנאים	סעיף	נושא
<b>VMWARE</b>	שם בעל הפוליסה	<b>כללי</b>
השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, שירותים רפואיים ייחודיים מורחב, ניתוחים בישראל, משלים שב"ן - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים פרטיים בישראל, כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח המבוצעים בישראל, כיסוי לניתוחים בחו"ל, שירותים רפואיים נוספים, שירותי רפואה משלימה.	הכיסויים בפוליסה	
3 שנים החל מה- 01.01.2013 ועד 31.12.2015.	משך תקופת הביטוח	
<p>עובד שהפסיק עבודתו אצל בעל הפוליסה, יוכלו הוא ובני משפחתו, אשר היו מבוטחים במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת העבודה, להמשיך בפוליסה זו במעמד מיוחד, במהלך תקופת הביטוח בה הפסיקה עבודתו ועד לסיום תקופת הביטוח. תנאי הביטוח שיחולו לגביהם הם התנאים שבפוליסה זו ודמי הביטוח שישולמו על ידם יהיו 160% מגובה דמי הביטוח כאמור בדף הרשימה, ובתנאי כי הודיעו בכתב על רצונם להמשיך בפוליסה זו תוך 90 ימים ממועד הודעת החברה על זכאותם, כאמור לעיל, ובתנאי שהעבירו לחברה אמצעי גביה אישי. יובהר כי מבוטחים על פי סעיף זה יהיו חלק בלתי נפרד ממבוטחי פוליסה זו לכל עניין ודבר.</p> <p>בן/בת זוג של עובד בעל הפוליסה, המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין, במקרה בו העובד יגרע את בן/ת הזוג, או פטירה של העובד (חו"ח), יהיה זכאי להמשיך את הביטוח במסגרת ביטוח פרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר, בתנאי שהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח ובכפוף לתנאים הנקובים בסעיף 6.5 להלן, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו לפי העניין והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.</p> <p>ילד/ה של עובד בעל הפוליסה המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין, במקרה בו העובד יגרע את הילד/ה, או פטירה של העובד (חו"ח), יהיה זכאי להמשיך את הביטוח, בתנאי שהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, במסגרת ביטוח פרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר ובכפוף לתנאים הנקובים בסעיף 6.5 להלן, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.</p>	המשכיות	

<p>במקרה ומכל סיבה שהיא לא יוארך הסכם הביטוח והפוליסה לא תחודש בחברה או בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים או חלק מהמבוטחים, יהיו רשאים המבוטחים או חלק מהמבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם ואשר היו מבוטחים במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, להצטרף לביטוח פרטי של החברה על-פי בחירתם (להלן: <b>"הביטוח הפרטי"</b>), ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרת בריאות, ברצף ביטוחי ובריאותי ביחס לכיסויים והסכומים החופפים בלבד בין פוליסה זו לפוליסה לביטוח הפרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר ותאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חישוב תקופת האכשרה וחריג מצב רפואי קודם ייחשב תאריך הכניסה לפוליסה הקבוצתית בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים חופפים. הכיסוי הביטוח יינתן בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה הוראותיה וסייגיה ותנאי הכיסוי הביטוחי עפ"י הפוליסה הקבוצתית יבוטלו לכל דבר ועניין, ובהנחה של 20% לחמש שנים בגין הכיסויים החופפים וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו ובתנאי שהמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.</p> <p>המעבר לפוליסת ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת ההמשך, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.</p> <p>ביחס לכיסוי השתלוח ותרופות יקוזזו מסכום הביטוח בביטוח הפרטי, תגמולי ביטוח ששולמו על-פי פוליסה זו. במסגרת המעבר לפוליסה פרטית המבוטח יהיה רשאי לרכוש תגמולי ביטוח מופחתים.</p> <p>ייתכן כי המעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.</p>		
<p>הפוליסה תחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 36 חודשים כל אחת, אלא אם כן הודיע אחד מהצדדים למשנהו בכתב על רצונו שלא לחדש את הפוליסה, 120 ימים לפני מועד תום תקופת הביטוח.</p>	<p>תנאים לחידוש אוטומטי</p>	
<p>בפרק ז' (שירותים רפואיים נוספים) - תקופת אכשרה בת 60 יום. במקרה של סעיף 3 בדיקות הריון, תהא תקופת האכשרה 180 יום, סעיף 5 טיפולי פריון, תהיה תקופת האכשרה בת 270 ימים.</p>	<p>תקופת אכשרה</p>	
<p>תקופת המתנה בפרק ד' 1 (ניתוחים בישראל) סעיף 4.3.12.1 ובפרק ד' 2 (משלים שב"ן) סעיף 5.2.10: 60 יום.</p>	<p>תקופת המתנה</p>	

<p>השתתפות עצמית</p>	<p>בפרק ב' (תרופות מיוחדות) - השתתפות עצמית למרשם של 200 ₪ לחודש ועד 400 ₪ לכל המרשמים יחד לחודש.</p> <p>בפרק ג' (שירותים רפואיים ייחודיים) - השתתפות עצמית של 25 ₪ לביקור רופא, השתתפות עצמית של 80 ₪ לפגישה ראשונה לייעוץ פסיכולוגי ו- 100 ₪ על ל- 11 הפגישות הנוספות, השתתפות עצמית של 40 ₪ לשירותי מעבדה עד הבית.</p> <p>בפרק ד' 1 (ניתוחים בישראל) ו- ד' 2 (כיסוי משלים לניתוחים) - השתתפות עצמית של 20% להתייעצות נוספת לפני ניתוח.</p> <p>בפרק ו' (ניתוחים בחו"ל) - השתתפות עצמית של 20% בגין טיפולים אחרי ניתוח גדול (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, שיקום כושר הדיבור).</p> <p>בפרק ז' (שירותים רפואיים נוספים) - השתתפות עצמית של 20%.</p> <p>בפרק ח' (שירותי רפואה משלימה) - השתתפות עצמית של 20%.</p>
<p><b>שינוי תנאים</b></p>	<p>שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח</p> <p>במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.</p>
<p><b>פרמיות</b></p>	<p>גובה ומבנה הפרמיה</p> <p><b>מסלול ניתוחים מלא:</b></p> <p>עובד - 50 ₪ (במימון המעסיק-העובד משלם רק את שווי המס).</p> <p>בת זוג - 50.00 ₪.</p> <p>ילד עד גיל 25 - 20.00 ₪ (בהתייחס לילדים עד גיל 25 - החל מילד שלישי ואילך במשפחה - חינם).</p> <p>ילד מעל גיל 25 - 50.00 ₪.</p> <p><b>מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן:</b></p> <p>עובד - 41 ₪ (במימון המעסיק-העובד משלם רק את שווי המס).</p> <p>בת זוג - 41.00 ₪.</p> <p>ילד עד גיל 25 - 16.00 ₪ (בהתייחס לילדים עד גיל 25 - החל מילד שלישי ואילך במשפחה - חינם).</p> <p>ילד מעל גיל 25 - 41.00 ₪.</p> <p>על פי מדד שפורסם ב- 15.12.2012, 12134 נקודות.</p>
<p>שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח</p>	<p>הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד שפורסם ב- 15.12.2012, 12134 נקודות.</p>



<p><b>תנאי ביטול</b></p> <p>תנאי ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה ו/או המבוטח</p>	<p>כל מבוטח רשאי לדרוש את הפסקת הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח. ואולם, מבוטח אשר היה מבוטח והביטוח שלו בוטל בהתאם לבקשתו וביקש להצטרף לביטוח לאחר הביטול, יצורף לביטוח בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות והחברה אישרה את הצטרפותו לביטוח על-פי הפוליסה.</p> <p>חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח לחברה או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 5.1 בפוליסה, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.</p>
<p>תנאי ביטול הפוליסה ע"י החברה</p>	<p>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.</p> <p>2. אם העלים המוטב ו/או בעל הפוליסה מהחברה עובדה מהותית, שידיעתה הייתה גורמת לחברה שלא לקבלו לביטוח (על פי חוק חוזה הביטוח 1981).</p>
<p><b>חריגים</b></p> <p>החרגה בגין מצב רפואי קיים</p>	<p><b>תנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם:</b></p> <p><b>סייג בשל מצב רפואי קודם:</b></p> <p>החברה תהיה פטורה מחבותה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.</p> <p><b>תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:</b></p> <p>סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח הוא:</p> <p>א. פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>חריג זה לא יהיה תקף במקרה של ילד שצורף לביטוח תוך 120 יום מיום לידתו ושני הוריו (אם נולד לאם חד-הורית, גרושה או אלמנה אזי רק היא) היו מבוטחים למעלה מתשעה חודשים במועד צירופו לביטוח.</p>

<p><b>סייג של מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים:</b> סייג לחבות המבטח 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.</p> <p><b>תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:</b> סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.</p>		
<p>פוליסת הביטוח - סעיף 7, 8. תרופות מיוחדות - סעיף 4. שירותים רפואיים ייחודיים - סעיף 5.3. ניתוחים בישראל - סעיף 5. משלם שב"ן - כיסוי משלם לניתוחים - סעיף 6. טיפולים מחליפי ניתוח - סעיף 3. ניתוחים בחו"ל - סעיף 4. שירותים רפואיים נוספים - סעיף 11.</p>	סייגים לחבות המבטח	

**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 באינטרנט של החברה שכתובתו [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il). הכיסוי יינתן בהתאם לרשימת הניתוחים ובניכוי ההשתתפות העצמית כפי שנקובה בפוליסת הביטוח שברשותך במידה וקיימת. התנאים המחייבים הם התנאים הנקובים בפוליסת הביטוח שברשותך. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות יקבעו התנאים הנקובים בפוליסה. הסכומים הנקובים משקפים את מחירי ההסכם של הראל והם עשויים להשתנות אחת לשנה.

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

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	תגמולים קיזוז עם ביטוח אחר
<b>השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל</b>					
תגמולי הביטוח להשתלות	אצל נותני שירות שבהסכם-כיסוי מלא.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן
	אצל נותני שירות שאינם בהסכם-עד תקרה בגובה \$ 1,000,000. להשתלת איבר מבעל חיים - 2,500,000 ש.א				או 250,000 ש.א
גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה	5,000 ש"ח להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, מעי, שחלות או לבלב או 3,000 ש"ח להשתלת כליה או מח עצמות מתורם זר, למשך 24 חודשים.	פיצוי	כן	ביטוח חליפי	לא
תגמולי הביטוח לטיפולים מיוחדים בחו"ל	\$ 200,000	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן
<b>תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</b>					
תרופות הנכללות בכיסוי	תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות.			ביטוח מוסף	
סכום ביטוח מירבי לכל תקופת הביטוח	עד 2,500,000 ש"ח לכל מקרי הביטוח לתקופת הביטוח. בתום תקופת הביטוח - יחודש הסכום.	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן
השתתפות עצמית למרשם	200 ש"ח למרשם לחודש ועד 400 ש"ח לכל המרשמים יחד לחודש.			ביטוח מוסף	

ניתוחים					
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	מסלול 1: כל הניתוחים.	ניתוחים מכוסים - ניתן לרכוש אחד משני המסלולים
	משלים			מסלול 2: כל הניתוחים (מעבר לחבות השב"ן) לבעלי כללית מושלם, לאומית זהב, מאוחדת עדיף ומגן זהב.	
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	בארץ ו/או בחו"ל (במידה והניתוח לא מאושר מראש - החזר עד גובה 200% מהזכאות בארץ).	כיסוי לניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	קיים (עד לתקרת הסכום הקבוע והמפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a> , עבור הניתוח שבוצע).	כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם החברה
לא	ביטוח תחליפי	כן	פיצוי	פיצוי בגובה 50% מהסכום המשולם כשכר מנתח הסכם כמפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a> , בגין ניתוח שבוצע.	פיצוי בגין ניתוח בבי"ח ציבורי - למבוטחים שרכשו את המסלול של כיסוי לכל הניתוחים
ניתוחים בחו"ל					
כן	ביטוח מוסף	כן	שיפוי	כיסוי לניתוח פרטי, כולל: הוצאות בית חולים בחו"ל, הוצאות טיסה ושהייה (בניתוח שתקופת האשפוז מעל 7 ימים), הטסה רפואית, הטסת גופה, בניתוח עם אשפוז מעל 10 ימים - פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול, טיפולים פיזיותרפיים, רפיו בעיסוק, שיקום כושר הדיבור, הוצאות רפואיות בעת אשפוז.	תגמולי הביטוח

שירותים רפואיים נוספים					
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד תקרה הנקובה ליד כל סעיף בפוליסה, בהשתתפות עצמית של 20%.	התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות הריון (ביצוע בדיקה על קולית לבדיקת מערכות עובר, בדיקות מי שפיר, ביצוע בדיקות לאבחון גנטי טרום לידתי), טיפולים פיזיותרפיים/הידותרפיים, טיפולי פריזון, בדיקות רפואיות אבחנתיות, טיפולים רדיותרפיים וכימותרפיים, בדיקות לרפואה מונעת, בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים, חוות דעת רפואית שנייה בחו"ל
רפואה משלימה					
כן	ביטוח מוסף	כן	שיפוי	עד 16 טיפולים לאותו מקרה ביטוח למבוטח לשנת ביטוח.	תקרת הכיסוי
				בגובה 20% לטיפול.	השתתפות עצמית

נכון למדד שפורסם ב- 15.12.2012, 12134 נקודות.

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

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

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

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

### **התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים בהסכם החתום בין הצדדים.**

# פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי VMWARE ובני משפחתם

## תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה

1. **מבוא:**

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן, תשפה החברה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח למקרה ביטוח, בהתאם לאמור בפוליסה זו ובתנאיה.
2. **הגדרות:**
  - 2.1 **"החברה"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
  - 2.2 **"בעל הפוליסה"** - VMWARE  
בעל הפוליסה רשאי לצרף להסכם עובדי חברות בנות או חברות שתירכשנה על ידי בעל הפוליסה כל עוד ההסכם עם בעל הפוליסה בתוקף, עפ"י אותם הכללים שנחתמו עם בעל הפוליסה. בכל מקרה שצירוף החברה יפר את האיזון האקטוארי מבחינת גיל המבוטחים, תעודכן הפרמיה לכלל המבוטחים.
  - 2.3 **"המבוטח"**
    - 2.3.1 עובד בעל הפוליסה (להלן: "עובד קיים") ששמו מופיע ברשימה שתועבר מידי חודש לחברה על-ידי בעל הפוליסה (במדיה מגנטית על פי דרישת החברה).
    - 2.3.2 עובד שהחל לעבוד אצל בעל הפוליסה לאחר המועד הקובע, ששמו מופיע ברשימה שתועבר מידי חודש לחברה על-ידי בעל הפוליסה (במדיה מגנטית על פי דרישת החברה).
    - 2.3.3 בן/בת זוג של עובד אצל בעל הפוליסה(עובד קיים/ עובד חדש) וילדיהם (להלן: "בני משפחה") ששמם מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מידי חודש לחברה על-ידי בעל הפוליסה (במדיה מגנטית על פי דרישת החברה). כבני/ות זוג יחשבו גם ידוע/ה בציבור וגם בני זוג שאינם נשואים אך חולקים חיים משותפים וזאת על פי הצהרה שניתנה לבעל הפוליסה. לעניין זה יחשבו בני /בנות זוג גם זוגות בהם שני בני הזוג הינם מאותו מין.
    - 2.3.4 עובד אצל בעל הפוליסה ו/או בן משפחתו כאמור בסעיף 2.3.2 לעיל שהיה מבוטח על פי פוליסה זו והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו וחדש את צירופו לביטוח לאחר הביטול, בהתאם לאמור בסעיף 3 להלן (להלן: "מבוטח חוזר").
- 2.4 **"הפוליסה"** - חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה לבין החברה וכל נספח או תוספת המצורפים לו.

- 2.5 **"מקרה ביטוח" - מקרה ביטוח כהגדרתו בכל פרק מפרקי הפוליסה.**
- 2.6 **"בית חולים ציבורי" - מוסד רפואי בישראל המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד, למעט אגף שיקום.**
- 2.7 **"בית חולים פרטי" - מוסד רפואי בישראל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ואינו בית חולים ציבורי, שבמסגרתו ניתן לקבל שירותי רפואה פרטיים (שר"פ/שר"ן), ואשר אושר על ידי רשות מוסמכת כדון, וכן מסלולי שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים, למעט אגף שיקום.**
- 2.8 **"בית חולים שבהסכם" - מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהמוסדות המוסמכים במקום בו הוא פועל, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על-פי הפוליסה ואשר לחברה הסכם התקשרות עמו.**
- 2.9 **"אשפוז" - שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה בעקבות ובקשר לניתוח שבוצע במבוטח, לרבות אשפוז יום.**
- 2.10 **"רופא מנתח" - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח.**
- 2.11 **"רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.**
- 2.12 **"מנתח/מרדים שבהסכם" - מנתח/מרדים אשר הסכים לקבל ישירות מאת החברה שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח ו/או הרדמה שביצע במבוטח כשהוא מאושפז במסגרת בית חולים פרטי.**
- 2.13 **"מנתח / מרדים אחר" - מנתח/מרדים אשר תמורת ניתוח ו/או הרדמה במבוטח יחייב את המבוטח בתשלום ישירות ולא באמצעות החברה.**
- 2.14 **"ישראל" - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על-ידי ישראל.**
- 2.15 **"חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.**
- 2.16 **"תקופת אכשרה" - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. יובהר כי שירותים שנצרכו בפועל במהלך תקופת האכשרה לא יכוסו, אך שירותים שנצרכו בפועל לאחר תקופת האכשרה יכוסו, גם במקרה בו המצב הרפואי שבגיניו נדרשו השירותים נתגלה /ארע במהלך תקופת האכשרה.**
- למרות האמור לעיל, לא תחול תקופת אכשרה על עובדים או בני משפחה אשר היה להם ביטוח בריאות תקף ערב הצטרפותם לפוליסה זו ובלבד שהמבוטחים הנ"ל סיימו את תקופת האכשרה על-פי הביטוח הקודם. האמור לעיל מתייחס לכיסויים וסכומים החופפים בלבד ולאחר שהמבוטח ימציא לחברה את הפוליסה הקודמת שברשותו במועד הצטרפותו לפוליסה זו ואישור בדבר היותה בתוקף עד ליום הצטרפותו לפוליסה זו.

## **להלן תקופות האכשרה הנקובות בפוליסה:**

בפרק ז', שירותים רפואיים נוספים תקופת האכשרה היא בת 60 יום. במקרה של סעיף 3 בדיקות הריון, תהא תקופת האכשרה 180 בת יום, סעיף 5 טיפולי פריון תהיה תקופת האכשרה בת 270 ימים.

2.17 **"תקופת המתנה"** - תקופת זמן רצופה המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך קרות מקרה ביטוח או ממועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח, לפי העניין, וכהגדרתו בכל אחד מנספחי ההסכם ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בנספחי ההסכם, אם צוינה. במהלך תקופת המתנה לא יהיה המבוטח זכאי לכיסוי הביטוחי הרלוונטי וזכאותו תחל מתום תקופת המתנה אם נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי. אם לא צוינה תקופת המתנה באופן מפורש אזי לא תחול.

למרות האמור לעיל, לא תחול תקופת המתנה על עובדים או בני משפחה, אשר היה להם ביטוח בריאות תקף ערב הצטרפותם לפוליסה זו, ובלבד שהמבוטחים הנ"ל סיימו את תקופת ההמתנה על-פי הביטוח הקודם. האמור לעיל מתייחס לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד, ולאחר שהמבוטח ימציא לחברה את הפוליסה הקודמת שברשותו במועד הצטרפותו לפוליסה זו ואישור בדבר היותה בתוקף עד ליום הצטרפותו לפוליסה זו.

## **להלן תקופות ההמתנה הנקובות בפוליסה:**

תקופת המתנה בפרק ה' 1 (ניתוחים בישראל) סעיף 4.3.12.1 ובפרק ה' 2 (משלים שב") סעיף 5.2.10: 60 יום.

2.18 **"סכום הביטוח"** - הסכום המרבי שהחברה מתחייבת לשלם בגין מקרה ביטוח אחד כמצוין בכל פרק ופרק בפוליסה זו.

2.19 **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומה.

2.20 **"תאריך לידה"** - תאריך לידתו של המבוטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.

2.21 **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף הרשימה.

2.22 כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגרגוריאני.

2.23 **"המדד היסודי"** - המדד שפורסם ביום 15.12.2012 והינו 12134.

2.24 **"הפרמיה"** - דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.

2.25 **"דף הרשימה"** - דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין השאר את תאריך תחילת הביטוח, שיעור הפרמיה, המדד היסודי ו"כיצ"ב.

2.26 **"בית אב"** - עובד/ת חברת VMWARE בן/בת זוגו וילדיהם עד גיל 25.

2.27 **"תאריך תחילת הביטוח"** -

**עובדים קיימים** - תאריך תחילת הביטוח לגבי כל עובד יהיה הראשון (1) לחודש בו הגיש העובד בקשת הצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה- 15 (כולל) לאותו החודש. במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה- 15 לחודש,



תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב בו הגיש המועמד לביטוח את בקשת ההצטרפות.  
יובהר כי תאריך תחילת הביטוח לעניין תביעות ביחס למבוטחים שמילאו טופס הצטרפות לאחר ה- 15 לחודש, יהיה התאריך בו מולאה על ידי המועמד לביטוח בקשת ההצטרפות.

**ביחס לעובדים אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות בעת הכניסה לביטוח:**  
תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה מועד כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף, בהתאם לסעיף 4.3.3 להלן.

#### **בני משפחה של עובדים קיימים -**

**ביחס למבוטחים שאינם נדרשים למלא הצהרת בריאות בכניסה לביטוח:**  
תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה הראשון (1) לחודש בו הגיש המועמד לביטוח בקשת הצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה- 15 (כולל) לאותו החודש. במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה- 15 לחודש, תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב בו הגיש המועמד לביטוח את בקשת ההצטרפות.  
יובהר כי תאריך תחילת הביטוח לעניין תביעות ביחס למבוטחים שמילאו טופס הצטרפות לאחר ה- 15 לחודש, יהיה התאריך בו מולאה על ידי המועמד לביטוח בקשת ההצטרפות.

**ביחס לבני משפחה אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות בעת הכניסה לביטוח:**

תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה מועד כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף בהתאם לסעיף 4.3.3 להלן.

**עובדים חדשים -** תאריך תחילת הביטוח לגבי כל עובד יהיה הראשון (1) לחודש בו הגיש העובד בקשת הצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה- 15 (כולל) לאותו החודש. במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה- 15 לחודש, תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב בו הגיש המועמד לביטוח את בקשת ההצטרפות.  
יובהר כי תאריך תחילת הביטוח לעניין תביעות ביחס למבוטחים שמילאו טופס הצטרפות לאחר ה- 15 לחודש, יהיה התאריך בו מולאה על ידי המועמד לביטוח בקשת ההצטרפות.

**ביחס לעובדים חדשים אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות בעת הכניסה לביטוח:**

תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה מועד כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף בהתאם לסעיף 4.3.3 להלן.

#### **בני משפחה של עובדים חדשים -**

**ביחס למבוטחים שאינם נדרשים למלא הצהרת בריאות בכניסה לביטוח:**  
תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה הראשון (1) לחודש בו הגיש המועמד לביטוח בקשת הצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה- 15 (כולל) לאותו החודש. במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה- 15 לחודש, תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב בו הגיש המועמד לביטוח את בקשת ההצטרפות.  
יובהר כי תאריך תחילת הביטוח לעניין תביעות ביחס למבוטחים שמילאו טופס הצטרפות לאחר ה- 15 לחודש, יהיה התאריך בו מולאה על ידי המועמד לביטוח בקשת ההצטרפות.

## **ביחס לבני משפחה אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות בעת הכניסה לביטוח:**

תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה מועד כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף בהתאם לסעיף 4.3.3 להלן.

- 2.28 **"המועד הקובע"** - 01.01.2013.
- 2.29 **"דולר"** - דולר ארה"ב לפי השער היציג אשר פורסם על-ידי בנק ישראל.
- 2.30 **"מצב רפואי קודם"** - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 2.31 **"סייג של מצב רפואי קודם"** - סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבטח מחבותו או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.32 **"גיל"** - גיל המבוטח ייחשב לפי תחילת החודש במועד יום הולדתו.
- 2.33 **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 2.34 **"שירותי בריאות נוספים (שב"ן)"** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות שעל פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.

### **3. אופן ההצטרפות לביטוח:**

- 3.1 **עובדים קיימים** - עובדים קיימים זכאים להצטרף לביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובתנאי כי הצטרפותם לביטוח נעשתה במהלך 90 ימים ראשונים המועד הקובע בכפוף למילוי טופס הצטרפות ואישור ניכוי מס משכר העובד. עובדים אשר יבחרו שלא להצטרף לביטוח במהלך המועדים כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לאחר המועדים דלעיל בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ואישור ניכוי מס משכר העובד ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיה.
- 3.2 **בן/בת זוג וילדים עד גיל 25 של עובד קיים** - בני משפחה של עובדים קיימים זכאים להצטרף לביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ובתנאי כי הצטרפותם לביטוח נעשתה במהלך 90 ימים ראשונים מהמועד הקובע ובכפוף למילוי טופס הצטרפות ואישור ניכוי מס משכר העובד. בני משפחה אשר יבחרו שלא להצטרף לביטוח במהלך המועדים כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לאחר המועדים דלעיל, בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ואישור ניכוי מס משכר העובד, ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.
- 3.3 **עובדים חדשים** - עובדים חדשים זכאים להצטרף לביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובתנאי כי הצטרפותם לביטוח נעשתה תוך 90 הימים מתחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה בכפוף למילוי טופס הצטרפות ואישור ניכוי מס משכר העובד. עובדים אשר יבחרו שלא להצטרף לביטוח במהלך המועדים כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לאחר המועדים דלעיל, בכפוף למילוי טופס הצטרפות

הכולל הצהרת בריאות ואישור ניכוי שווי מס משכר העובד, ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

3.4 **בן/בת זוג וילדים עד גיל 25 של עובד חדש** - בני משפחה של עובדים חדשים זכאים להצטרף לביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובתנאי כי הצטרפותם לביטוח נעשתה במהלך 90 ימים ראשונים ממועד תחילת עבודתו של העובד ובכפוף למילוי טופס הצטרפות ואישור ניכוי משכר העובד. בני משפחה אשר יבחרו שלא להצטרף לביטוח במהלך המועדים כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לאחר המועדים דלעיל בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ואישור ניכוי משכר העובד ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

3.5 **ילד שהצטרף בתעריף ילד והפך לבוגר בתקופת הביטוח** - יישאר תחת ההסכם הקבוצתי והפרמיה בגינו תשתנה לפרמיית רובד ההרחבה לביטוח בגין בוגר. הודעה על שינוי הפרמיה תישלח לבעל הפוליסה ולמבוטח ע"י חברת הביטוח, ילד של עובד עד גיל 25, המבקש לצרף בן/בת זוג וילדיהם, ישלם בגין הביטוח באמצעי גבייה פרטי, והתעריף בגינו יהיה תעריף בוגר ללא קשר לגילו בפועל.

3.6 **בן/בת זוג חדשים של עובד קיים** - בן/בת זוג שהתחתן עם עובד קיים יהיה זכאי להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות בתנאי שהצטרף לביטוח תוך 90 יום ממועד הנישואין, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות ואישור ניכוי משכר העובד. בן/בת זוג שביקש להצטרף לביטוח לאחר 90 יום מיום הנישואין יצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ואישור ניכוי משכר העובד ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

3.7 **ילדים חדשים של עובד קיים** - ילדי עובדים שנולדו לאחר מועד תחילת הביטוח יהיו זכאים להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות ובלבד שצורפו תוך 90 יום מיום לידתם ובכפוף למילוי טופס הצטרפות ואישור ניכוי משכר העובד. ילדים שנולדו ונדרש צירופם לאחר 90 יום מיום היוולדם יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ואישור ניכוי משכר העובד ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

3.8 **ילדים של עובד המצטרפים עם בני/בנות זוגם וילדיהם** - שיבקשו להצטרף לביטוח הן במועד הקובע והן לאחריו, יוכלו להצטרף לביטוח בתנאי שמילאו וחתמו על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם. התשלום בגין הביטוח יהיה באמצעי גבייה פרטי והתעריף בגין ילדו של העובד ובת הזוג יהיה תעריף בוגר ללא קשר לגילם בפועל.

3.9 **מבוטח חוזר** - מי שהיה מבוטח וביקש להיגרע מהביטוח ע"י מילוי טופס גריעה ומבקש לשוב ולהצטרף לביטוח, יצורף לביטוח בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

3.10 **פוליסות בריאות קיימות אצל החברה או בחברות ביטוח אחרות** - מבוטח על פי פוליסה זו, אשר היה מבוטח לפני תחילת הסכם זה בפוליסת בריאות פרטית או קבוצתית אחרת, ושיהיה מעוניין להצטרף לביטוח שעל פי פוליסה זו, יזכה ברצף ביטוחי, ותקופת הביטוח הקודמת תילקח בחשבון ביחס לתקופות אכשרה (אם ישנן כאלה) לגבי הכיסויים החופפים. אם מולאה הצהרת בריאות ונעשה חיתום בפוליסה הקיימת ממנה עובר המבוטח (עובד ו/או בני משפחתו) להסכם זה, יחולו ההחרגות גם בהסכם זה. למרות האמור לעיל, למבוטחים אשר קיבלו פטור ממילוי הצהרת בריאות על פי הסכם זה, יסרו המגבלות במקרה

כזה לאחר 12 חודשים מיום הצטרפותם להסכם זה. למבוטחים אשר לא מילאו הצהרת בריאות בעת כניסתם לפוליסה ממנה הם עוברים להסכם זה ברצף, והיו מבוטחים בפוליסה המקורית לפחות 12 חודשים טרם הצטרפותם להסכם זה, לא יחול חריג מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 8 בפרק התנאים הכלליים לביטוח.

#### **4. תחילת הביטוח למבוטח שנדרש למלא הצהרת בריאות** הפוליסה תכנס לתוקפה בכפוף לכל התנאים המצטברים הבאים:

- 4.1 מועמד לביטוח הנדרש למלא הצהרת בריאות על פי סעיף 3 לעיל:
- 4.1.1 הגיש לחברה בקשת הצטרפות כולל הצהרת בריאות, אשר מולאה ונחתמה על ידו.
- 4.1.2 החברה תיתן החלטתה בדבר תנאי הקבלה או הדחייה של המועמד לביטוח כאמור בתוך 14 ימי עסקים ממועד קבלת ההצעה וכל המסמכים הנדרשים לצורך קבלת החלטתה במשרדיה.
- 4.1.3 הכיסוי הביטוחי על-פי הפוליסה ייכנס לתוקפו באחד מהמועדים המפורטים להלן, המאוחר מבניהם:
- 4.1.3.1 מועד קבלת ההצעה הכוללת הצהרת בריאות בחברת הביטוח.
- 4.1.3.2 המועד בו בוצע חיתום וקיבול על ידי המבטח.
- 4.1.3.3 מועד ביצוע קיבול ואישור תנאי הקבלה לביטוח על-ידי המבוטח.
- למרות האמור לעיל, מבוטח אשר יתקבל לביטוח בתנאים רגילים על סמך הצהרת בריאות שהגיש - מועד תחילת הביטוח לגביו יהיה מועד קבלת הצעת הביטוח, הכוללת את הצהרת הבריאות, אצל המבטח.

#### **5. תקופת ביטוח:**

- 5.1 **תקופת הביטוח ביחס לעובדי בעל הפוליסה ובני משפחתם:**  
תקופת הביטוח תהיה 36 חודשים החל מה- 01.01.2013 ועד 31.12.2015 הפוליסה תחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 36 חודשים כל אחת, אלא אם כן הודיע אחד מהצדדים למשנהו בכתב על רצונו שלא לחדש את הפוליסה, 120 ימים לפני מועד תום תקופת הביטוח.
- 5.2 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ- 50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם מבניהם.

#### **6. תום הביטוח והפסקתו:**

- 6.1 **ביטול הפוליסה ע"י המבוטח:**  
כל מבוטח רשאי לדרוש את הפסקת הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח. ואולם, מבוטח אשר היה מבוטח והביטוח שלו בוטל בהתאם לבקשתו וביקש להצטרף לביטוח לאחר הביטול, יצורף לביטוח בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות והחברה אישרה את הצטרפותו לביטוח על-פי הפוליסה.

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח לחברה או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 5.1 להלן, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

## **6.2 תום הביטוח עבור מבוטח יהיה לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:**

6.2.1 הודיע המבוטח לחברה בכתב על ביטול הפוליסה, תתבטל הפוליסה כעבור שלושה ימים מהיום בו נמסרה הודעת הביטול. מובהר בזאת כי ביטול הפוליסה על ידי מבוטח שהוא עובד בעל הפוליסה כמוה כהודעת ביטול ביחס לעובד ולכל בני המשפחה שבטוחו באמצעותו.

6.2.2 במקרה של עזיבת עובד בעל הפוליסה את עבודתו אצל בעל הפוליסה מכל סיבה שהיא לרבות פרישה לגמלאות - הביטוח של אותו עובד ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו סיים את עבודתו אצל בעל הפוליסה. בעל הפוליסה מתחייב להודיע בכתב לחברה בגין כל עובד שנגרע על ידו מרשימת המבוטחים. אין האמור גורע ממחויבות החברה להודיע למבוטח על ביטול הפוליסה.

6.2.3 במקרה של גירושין של עובד בעל הפוליסה - הביטוח של בן הזוג יסתיים, אם בכלל על"י הודעת העובד, ככל שהודעה כאמור התקבלה אצל החברה.

6.2.4 במקרה של פטירה (חו"ח) של עובד בעל הפוליסה - הביטוח של בני המשפחה (בן הזוג והילדים) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.

## **אפשרות להמשך ביטוח:**

6.3 עובד שהפסיק עבודתו אצל בעל הפוליסה, יוכלו הוא ובני משפחתו, אשר היו מבוטחים במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת העבודה להמשיך את הביטוח במסגרת ביטוח פרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר, ובהנחה של 20% לחמש שנים, ובתנאי שהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו לפי העניין והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

6.4 בן/בת זוג של עובד בעל הפוליסה, המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין, במקרה בו העובד יגרע את בן/בת הזוג, או פטירה של העובד (חו"ח), יהיה זכאי להמשיך את הביטוח במסגרת ביטוח פרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר, בתנאי שהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח ובכפוף לתנאים הנקובים בסעיף 6.5 להלן, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו לפי העניין והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

ילד/ה של עובד בעל הפוליסה המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין (במקרה בו העובד יגרע את הילד/ה) או פטירה של העובד (חו"ח),

יהיה זכאי להמשיך את הביטוח, בתנאי שהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, במסגרת ביטוח פרטי, כפי שישוווק על ידי החברה במועד המעבר ובכפוף לתנאים הנקובים בסעיף 6.5 להלן, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

6.5 במקרה ומכל סיבה שהיא לא יוארך הסכם הביטוח והפוליסה לא תחודש בחברה או בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים או חלק מהמבוטחים, יהיו רשאים המבוטחים או חלק מהמבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם ואשר היו מבוטחים במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, להצטרף לביטוח פרטי של החברה על-פי בחירתם (להלן: **"הביטוח הפרטי"**), ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרת בריאות, ברצף ביטוחי ובריאותי ביחס לכיסויים והסכומים החופפים בלבד בין פוליסה זו לפוליסה לביטוח הפרטי, כפי שישוווק על ידי החברה במועד המעבר ותאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חישוב תקופת האכשרה וחרגי מצב רפואי קודם ייחשב תאריך הכניסה לפוליסה הקבוצתית בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים חופפים. הכיסוי הביטוח יינתן בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה הוראותיה וסייגיה ותנאי הכיסוי הביטוחי עפ"י הפוליסה הקבוצתית יבוטלו לכל דבר ועניין, ובהנחה של 20% לחמש שנים בגין הכיסויים החופפים וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו ובתנאי שהמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

המעבר לפוליסת ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת ההמשך, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.

**ביחס לכיסוי השתלות ותרופות יקוזזו מסכום הביטוח תגמולי ביטוח ששולמו על-פי פוליסה זו.**  
**במסגרת המעבר לפוליסה פרטית המבוטח יהיה רשאי לרכוש תגמולי ביטוח מופחתים.**  
**ייתכן כי המעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.**

7. **סייגים כלליים לאחריות החברה שיחולו על כל פרקי הפוליסה:**  
**החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל.**

**החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:**

7.1 **מקרה הביטוח ארע טרם תקופת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.**

7.2 **מקרה הביטוח קשור במישרין לניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסטטיים, למעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה, כדוגמת ניתוח שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד מלאה או ניתוח המשך לניתוח שזכאותו אושרה על ידי החברה.**

- 7.3 אביזרי עזר רפואיים כגון: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורטופדיים, וכדומה.
- 7.4 עיקור מרצון ו/או לידה (למעט ניתוח קיסרי וכיסויים הנקובים במפורש בפרק המתאים בפוליסה) ו/או הפלה מלאכותית ותוצאותיה, שבוצעה מסיבות סוציאליות ו/או חברתיות ו/או כלכליות ו/או תכנון משפחה.
- 7.5 טיפולים שהינם במסגרת רפואה אלטרנטיבית (משלימה) לרבות טיפולים הומאופתיים, תרופות אלטרנטיביות למעט הכיסוי הניתן במסגרת כתב השירות הכלול בפוליסה.
- 7.6 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או מצבים רפואיים המיוחסים ו/או קשורים ו/או נובעים מאידס ו/או נובעים מהוירוס המחולל איידס, לרבות תוצאה חיובית בבדיקת HIV, למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרק המתאים בפוליסה.
- 7.7 אלוהולוזים ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם למעט שימוש בסמים רפואיים בהוראת רופא שלא לצורך טיפול בהתמכרות.
- 7.8 חשיפה כלשהי לזיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
- 7.9 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי תוך השתייכות לאגודת ספורט אשר שכר בצידה.
- 7.10 טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 7.11 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר או שירות מילואים או צבא קבע, פעולה בלתי חוקית בה השתתף המבוטח (סעיף זה לא יחול במקרה של פעולה בלתי חוקית הנוגעת לתאונת דרכים).
- 7.12 הפרעות נפש ו/או מחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים למעט במקרה של התייעצויות עם פסיכיאטר. חריג זה לא יחול על הפרק הסייעודי.
- 7.13 ניתוחים או טיפולי שיניים וחניכיים למיניהם, למעט במקרה של גידולים או טראומה בחלל הפה או עצמות הלסת. יובהר כי לא יינתן כיסוי לכל טיפול דנטלי – משמר, שיקומי או אורטודונטי או פרוידונטלי גם אם הם המשך לניתוח שזכאותו אושרה על פי הסכם זה.
- 7.14 טיפולים ו/או ניתוחים ניסיוניים, אלא אם 2 רופאים מנהלי מחלקות המומחים בתחום קבעו ע"פ קריטריונים רפואיים מקובלים שהטיפול אינו ניסיוני.
- 7.15 מקרה הביטוח נובע ממום או מחלה מולדים. חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח בעת הצטרפותו לביטוח כדלקמן:
- א. פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת ממועד הצטרפותו.
- ב. 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה ממועד הצטרפותו.

חריג זה לא יהיה תקף במקרה של ילד שצורף לביטוח תוך 90 יום מיום לידתו ושני הוריו היו מבטחים למעלה מתשעה חודשים במועד צירוף לביטוח. במקרה של ילד לאם חד-הורית, גרושה או אלמנה – אמו הייתה מבטחת למעלה מתשעה חודשים במועד צירוף לביטוח.

#### 8. תנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם:

סייג בשל מצב רפואי קודם:

החברה תהיהפטורה מחבותה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:

סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח, שגילו במועד תחילת הביטוח הוא:

א. פחות מ- 65 שנים – יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

ב. 65 שנים או יותר – יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

סייג של מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים:

סייג לחבות המבטח, 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.

תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:

סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף, אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

השבת דמי הביטוח:

פטור המבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 8 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 דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח.

#### 9. תשלום תגמולי ביטוח:

9.1 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי אשר סיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו.

במקרה של תשלום תגמולי ביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות שיומצאו לחברה ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות. במקרה של הגשת תביעה לשב"ן, ימציא המבוטח אישור החזר מהשב"ן והעתק קבלות והחברה תשפה את המבוטח עד לתקרות ההחזר הנקובות בפוליסה זו. למען הסר ספק גובה התשלום למבוטח בפועל לא יעלה על גובה ההוצאות שהוציא המבוטח בפועל.



בכל מקום בפוליסה זו אשר נדרשות קבלות מקוריות, יתקבלו על ידי חברת הביטוח גם קבלות שאינן מקוריות, אם הצהיר המבוטח בכתב על אבדן הקבלות המקוריות ויצג העתק נאמן למקור של הקבלה מנותן השירות.

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו לקבל שירות רפואי כמפורט בפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

9.2 תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים אשר ניתנים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע חוץ ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

9.3 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים חדשים על פי השער להעברות והמחאות (הגבוה) של המטבע הזר הרלוונטי בבנק דיסקונט לישראל בע"מ ביום ביצוע התשלום.

9.4 נפטר מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח, אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו, בגין שירות שניתן לו בפועל לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח לפי העניין.

9.5 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי הביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק, לפי העניין.

#### 9.6 הוראות לעניין חבות משותפת זכות שיבוב:

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

9.6.2 בכיסויים לפיהם משולמים תגמולי הביטוח בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

9.6.3 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה. החברה תהיה זכאית להתנות את תשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בהמחאת זכויות המבוטח כלפי הצד השלישי.

זכות זאת של החברה לא תפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל מהחברה לפי פוליסה זו.

קיבל או זכאי לקבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי, שהיה מגיע לחברה לפי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה ו/או יחס של מעביד ועובד שבניהם.

9.7 בכפוף לכל דין לרבות תקופת ההתיישנות, המבטח מתחייב לכסות תביעות המכוסות על פי הסכם זה ואשר מקרה הביטוח לגביהן ארע בתוך תקופת הביטוח. המועד הקובע לצורך מניין ההתיישנות יהיה מועד קרות מקרה הביטוח גם אם התביעה אושרה לאחר תום תקופת הביטוח.

## **10. תביעות:**

10.1 בהיוודע למבוטח על הצורך במקרה הביטוח, יודיע על כך המבוטח לחברה ויקבל את אישור החברה מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים לא יאוחר מ- 10 ימי עבודה מיום קבלת המסמכים הנדרשים לחברה לאישור התביעה, או לא יאוחר מ- 3 ימי עבודה במקרה חירום. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו. אם בוצע טיפול רפואי ללא אישור החברה מראש, ידון המבטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה, אם היא עומדת בהוראות ההסכם והוגשו לחברה כל המסמכים כנדרש על ידה. תביעות יטופלו עד 10 ימי עבודה.

10.2 המבוטח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לרבות אבחנת הרופא המטפל ואת כל המסמכים הרפואיים הדרושים לחברה לביורר חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות ו/או גוף אחר, למסור לחברה כל מידע רפואי או ידיעה הנוגעים למבוטח הנמצא ברשותם.

10.3 החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך ביורר חבותה המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, הכול כפי שהחברה תמצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבוטח. זכותה של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.

10.4 בדיקה רפואית - אם יידרש לכך על ידי החברה, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט או מסמך רפואי שיידרש.

10.5 החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת שכר מנתחים, רשימת רופאים מומחים ומנתחים ברשימה. רשימת הרופאים תהיה הרשימה, אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות אצל החברה.

## **11. סכום הביטוח:**

11.1 הסכום המרבי שהחברה תשלם כתגמולי ביטוח בגין כל פרק לא יעלה על הסכום הנקוב באותו פרק.

11.2 סכומי הביטוח הנקובים בדולרים יומרו למטבעות אחרים לרבות ל- ₪ על פי הכללים הנקובים בסעיף 9.3 "תשלום תגמולי הביטוח" לעיל.

11.3 תקרת תגמולי הביטוח הנקובים ב- ₪ בפוליסה זו יישאו הפרשי הצמדה למדד, מהמדד היסודי ועד למדד שיהיה ידוע במועד ביצוע תשלום תגמולי הביטוח.

## 12. הפרמיה ודרך תשלומה:

- 12.1 הפרמיה החודשית עבור כל מבוטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין החברה, בכפוף לאמור בדף הרשימה המצורף לפוליסה זו. הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד הבסיסי ועד למדד ההתאמה, הוא המדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.
- 12.2 תשלום הפרמיות יבוצע במרוכז על ידי בעל הפוליסה לחברה עבור כל המבוטחים עד ל- 20 לכל חודש בגין החודש הקודם. בעל הפוליסה יישא בעלות הפרמיה בגין העובדים. הפרמיה בגין בני המשפחה שהצטרפו לביטוח תנוכה משכרו של העובד ותועבר במרוכז על ידי בעל הפוליסה.
- 12.3 בתום כל חודש של תקופת הביטוח תבוצע התאמה כספית בגין תשלום פרמיות נוספות שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה עבור מבוטחים נוספים המצטרפים במהלך אותו חודש, תוך התחשבות במבוטחים אשר הביטוח חדל לחול ביחס אליהם במהלך אותו חודש.
- 12.4 לא שולמו דמי הביטוח במועדם ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.
- למרות האמור לעיל, ובאם הסכימה החברה בכתב לאיחור בתשלום, לא יחול האמור לעיל.
- 12.5 בעל הפוליסה לא יהיה זכאי לקזז זכות כלשהי, אשר לטענתנו מגיעה לו או למי מהמבוטחים מהחברה כנגד החיוב לשלם פרמיה על פי פוליסה זו, וכן לא יהיה רשאי לעכב, את תשלום הפרמיה החודשית מסיבה כלשהי.
- 12.6 אופן התשלום השוטף של הפרמיה החודשית יהיה באמצעות העברה בנקאית, ואולם אם מסיבה כלשהי לא שולמה הפרמיה החודשית, אין הדבר פוטר את בעל הפוליסה מהחיוב לשלמה והוא יחשב כמי שלא פרע את הפרמיה החודשית במקרה זה.
- 12.7 אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחויבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, תודיע החברה על כך לבעל הפוליסה והוא יהיה חייב לשלם את דמי הביטוח כפי שישונו.
- 12.8 שולמה פרמיה חלקית בלבד בגין מבוטח, המבטח יראה בו כמבוטח החל ממועד זכאותו להצטרף לביטוח בתנאי שצורך לביטוח בהתאם להוראות סעיף 3 לעיל ובתנאי שהמבוטח ו/או בעל הפוליסה יתחייבו להעביר את הפרמיה החסרה.
- 12.9 לא שולמה פרמיה בגין מבוטח עקב טעות, חברת הביטוח תראה בו מבוטח החל ממועד זכאותו להצטרף לביטוח /ממועד הפסקת העברת הפרמיות, בתנאי שבתוך 180 יום ממועד זכאותו להצטרף לביטוח או ממועד הפסקת תשלום הפרמיות, ניתנה הצהרה בכתב של בעל הפוליסה בדבר הטעות. המבוטח ו/או בעל הפוליסה יהיה חייב בתשלום פרמיה בגין התקופה כאמור לעיל. טעות לעניין סעיף זה תחשב כל סיבה, למעט מצב בו העובד העביר טופס גריעה או ביטול השתתפות בביטוח בחתימתו.

**13. התיישנות:**  
תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

**14. חובת גילוי:**  
במידה והמבוטח מסר לחברה עובדות כוזבות, או שהמבוטח העלים מהחברה עובדות בנוגע למקרה הביטוח או בנוגע לחבות החברה, תנהג החברה על-פי הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

**15. חקיקה:**  
על פוליסה זו יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

**16. מיסים והיטלים:**  
בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו או המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלם על פי הפוליסה, אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

**17. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל:**  
אחריות החברה מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסויים שאושרו לטיפול בחו"ל עפ"י תנאי הפרקים הרלוונטיים. יובהר כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל. על אף האמור לעיל, במידה ואירע מקרה ביטוח הכלול בביטוח זה, בעת שהות המבוטח בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 180 יום ברציפות, יהא המבוטח זכאי לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח על פי תנאי ההסכם עם שובו ארצה.

**18. ברות ביטוח:**  
מבוטחים אשר יצאו לחו"ל לתקופה העולה על 120 יום, יהיו זכאים לשמור על ברות ביטוח, אשר משמעותה כדלקמן:

18.1 במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה.

18.2 במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ימשיך לשלם פרמיה השווה ל- 25% מהפרמיה אשר הייתה משולמת על ידו אם היה מבוטח רגיל.

18.3 יובהר כי במהלך תקופת ברות הביטוח ישולמו דמי הביטוח ע"י המבוטח ישירות לחברה.

18.4 על המבוטח להודיע לחברה על חזרתו לישראל בתוך 60 יום מחזרתו לישראל בצורה קבועה. המבוטח יוכל להפעיל את סעיף ההמשכיות בפוליסה 6.3, 6.4 ו- 6.5, ללא הוכחת מצב בריאות ובכפוף לכך שהסדיר את תשלום דמי הביטוח המלאים רטרואקטיבית, החל ממועד חזרתו לישראל.

18.5 תקופת ברות הביטוח - תסתיים עם סיום הפוליסה.

18.6 הודעות למבוטחים - במהלך תקופת ברות הביטוח תשלחנה הודעות למבוטח עפ"י הכתובת האחרונה בישראל עליה הודיע המבוטח לחברה. לא תשלחנה הודעות לכתובות בחו"ל.

18.7 לצורך הפעלת ברות הביטוח על המבוטח להודיע לחברה בכתב, ובצירוף מסמכים המעידים על עזיבת הארץ לתקופה העולה על 120 יום.

## 19. עדכון הפוליסה:

במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.

## 20. מתן מסמכים והודעות לבעל הפוליסה ולמבוטח:

20.1 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.

20.2 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין החברה ובין בעל הפוליסה המבוטח, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

20.3 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), תמסור החברה 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 מהמבוטח 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 למבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

20.4 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 המבוטח, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

20.5 כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:

בעל הפוליסה: **VMWARE**  
ספיר 3 הרצליה

החברה: **הראל חברה לביטוח בע"מ/אגף הבריאות**  
אבא הלל 3 רמת גן, מיקוד 52118

כל הודעה שתשלח בדואר רשום לפי הכתובות הרשומות לעיל, תחשב כהודעה שהתקבלה על-ידי הנמען תוך 72 שעות מעת המסר המכתב הכולל את ההודעה בדואר ולשם הוכחת המסירה די להוכיח כי המכתב הופקד בדואר.

## פרק א' –

# השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 **"השתלה"** - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלות וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם עצמית או השתלת תאי גזע מדם היקפי ותאי גזע מדם טבורי עצמית או מתורם אחר.

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

1.2 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם בלבד, או אונת כבד או אונת ריאה אשר נלקחו מבעל חיים במקומם או שגודלו או פותחו באמצעים

טכנולוגיים אחרים בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי.

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

1.3 **"טיפול רפואי מיוחד בחו"ל"** - ניתוח או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו לפחות אחד מהתנאים שבסעיפים 1.3.1 - 1.3.4 להלן:

1.3.1 זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע ניתוח ו/או טיפול מיוחד, וכתוצאה מההמתנה עולה להיגרם החמרה משמעותית עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים במצב המבוטח ו/או נגרם סיכון לחיי המבוטח.

1.3.2 סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים מסיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בישראל.

1.3.3 הניסיון בביצוע של הטיפול המיוחד גדול באופן משמעותי מהניסיון בביצוע הטיפול בישראל.

1.3.4 מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח ו/או טיפול מיוחד למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75% או למניעת אובדן מוחלט של חוש הראייה ו/או חוש השמיעה.

## 2. מקרה הביטוח:

- 2.1 מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה בחו"ל, או טיפול מיוחד בחו"ל במהלך תקופת הביטוח. למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר אשר ארע תוך פרק זמן של עד 3 חודשים מהטיפול הראשון ואשר נדרש בעקבותיו, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.
- 2.2 השתלה תכוסה על-פי תנאי פוליסה זו, ובלבד שהתמלאו התנאים המצטברים המפורטים להלן:
- 2.2.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי, בדרגת מנהל או סגן מנהל מחלקה, מטעם המבוטח, קבע את הצורך בביצוע ההשתלה.
- 2.2.2 ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה על-ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה נמצא אותו בית חולים.
- 2.2.3 למען הסר ספק יובהר, כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה על פי פוליסה זו יבחן המבוטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:
1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
  2. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.
- 2.3 טיפול מיוחד בחו"ל יכוסה על-פי תנאי פוליסה זו, ובלבד שהתמלאו התנאים המצטברים המפורטים להלן:
- 2.3.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי, בדרגת מנהל או סגן מנהל מחלקה, מטעם המבוטח קבע כי התקיים אחד התנאים המפורטים בסעיף 1.3.
- 2.3.2 הטיפול המיוחד בחו"ל יתקיים על פי אמות מידה אתיות המקובלות במדינה בו יבוצע.

## 3. סכום הביטוח:

- 3.1 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה להשתלה/ השתלות - ללא תקרה במרכזים רפואיים שבהסכם עם החברה ועד תקרה של \$ 1,000,000 במרכזים רפואיים, שאינם בהסכם עם החברה למקרה ביטוח ו/או לתקופת הביטוח.
- 3.2 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה להשתלת איבר מבעלי חיים יהיה עד לתקרה של 2,500,000 ₪.
- 3.3 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה לטיפול מיוחד בחו"ל - עד לסכום של \$ 200,000 ₪ למבוטח למקרה ביטוח ו/או לתקופת הביטוח.

## 4. תגמולי הביטוח:

החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לשלם תגמולי ביטוח ו/או כל חלק מהם בהתאם לאמור בפרק זה (להלן: **"ההוצאות המוכרות"**) ועד תקרת סכום הביטוח, ישירות לנותני השירותים הרפואיים או למבוטח עצמו.

תגמולי הביטוח לפי פרק זה ישולמו בגין ההוצאות המוכרות המפורטות להלן:

- 4.1 הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז, שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.
- במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל תשלם החברה הוצאות אלה, אך ורק אם לא ניתן היה לבצע את הפעולות ו/או הטיפולים הרפואיים טרם הנסיעה לחו"ל, ובית החולים ביקש את הבדיקות לפני יציאת המבוטח לחו"ל. במקרה והקופה לא אישרה את הבדיקות לפני יציאת המבוטח לחו"ל או אישרה אותם בלוח זמנים שאינו סביר, יפנה המבוטח לחברת הביטוח והוצאותיו יכוסו ע"י המבטח בארץ.
- 4.2 כיסוי להוצאות רפואיות שלא בעת אשפוז, בתיאום ובאישור חברת הביטוח עד לתקרה של \$ 50,000 במקרה של השתלה או \$ 25,000 במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל.
- 4.3 הוצאות אשפוז בחו"ל לפני ביצוע ההשתלה, או הטיפול המיוחד בחו"ל ולאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 4.4 הוצאות טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ובתנאי שאינם ניתנים לביצוע בישראל ועד לסכום של 100,000 ₪ להשתלה או 50,000 ₪ לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.
- 4.5 הוצאות נסיעה לחו"ל עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב בטיסה מסחרית רגילה, לרבות היטל נסיעה אם יחול, למבוטח ולמלווה אחד. במקרה שהמבוטח הינו ילד, יכוסו הוצאות הטיסה כמפורט לעיל עבור שני מלווים.
- 4.6 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית סבירה מבית החולים בארץ לשדה התעופה ומשדה התעופה לבית החולים בחו"ל ובחזרה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגילה להשתלה, או לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.
- 4.7 הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. במקרה שהמבוטח הינו ילד, יכוסו הוצאות שהייה לילד ולשני מלווים.
- 4.8 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.
- 4.9 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע השתלה, או טיפול מיוחד בישראל כתחליף להשתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל - במקרים מיוחדים בהם יוחלט על הבאת מומחה רפואי מחו"ל בהסכמה בין המבוטח לבין חברת הביטוח.
- 4.10 תשלום עבור שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה, הוצאות רפואיות בגין קציר איברים הנעשות עפ"י אמות מידה רפואיות ואתיות מקובלות, הוצאות לאיתור תורם האיבר, בדיקות הערכה תפקודית.
- 4.11 תשלום לרופאים ומוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 4.12 במקרה של ביצוע השתלה במסגרת קופת חולים או באמצעות ביטוח זה, המבוטח יהיה זכאי לגמלה חודשית של 5,000 ₪ להשתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, מעי, שחלות או לבלב, או 3,000 ₪ להשתלת כליה או מח עצמות מתורם זר. הגמלה תשולם לתקופה של 24 חודשים.



הגמלה על-פי סעיף זה תשולם למבוטח מיום חזרתו ארצה לאחר ביצוע ההשתלה בחו"ל (להלן: **"תקופת התשלום"**), לצורך כיסוי הוצאותיו הרפואיות והסיעודיות בתקופה שלאחר ההשתלה.

**תשלום הגמלה על פי סעיף זה יופסק במוות המבוטח חו"ח. ובהר כי לא תשולם הגמלה המפורטת בסעיף לעיל לאחר השתלת מח עצם עצמית, או השתלת תאי גזע מדם היקפי או מדם טבורי.**

4.13 מיסים, היטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום ביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל, יהיו חלק מתגמולי הביטוח.

**5. פיצוי חד פעמי במקרה של השתלה שבוצעה בחו"ל ללא מעורבות החברה:**  
עבר המבוטח השתלה בחו"ל שהינה השתלת ריאה, לב, מעי, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח המכוסה על-פי תנאי פוליסה זו, ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה וההוצאות הנלוות אליה במישרין או בעקיפין, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בסך - 250,000 ש.

**ובהר כי לא תשולם הגמלה המפורטת בסעיף 4.12 לאחר השתלת מח עצם עצמית, או השתלת תאי גזע מדם היקפי ותאי גזע מדם טבורי.**

**מובהר בזאת, כי מבוטח אשר קיבל פיצוי בהתאם לסעיף זה, לא יהיה זכאי לפיצוי כלשהו ו/או לשיפוי כלשהו בגין הוצאות הקשורות להשתלה כאמור בפרק זה, למעט פיצוי עפ"י סעיף 4.12 לעיל.**

במקרה של תביעה לפיצוי על-פי סעיף זה המבוטח לא יהיה חייב בהצגת קבלות לצורך קבלת התשלום אלא במסמכים רפואיים המעידים על ביצוע ההשתלה. הפיצוי על-פי סעיף זה ישולם למבוטח לאחר חזרתו לישראל לאחר ביצוע ההשתלה בחו"ל.

**6. תשלום תגמולי הביטוח:**  
בהיודע למבוטח על הצורך במקרה הביטוח יודיע על כך המבוטח לחברה ויקבל את אישור החברה מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו. לאחר קבלת אישור החברה לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל על פי פרק זה תפעל החברה כמפורט:

6.1 תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

6.2 החברה תהיה רשאית, לפי שיקול דעתה הבלעדי לשלם את הוצאות המוכרות לפי פרק זה ישירות לגורמים להם יש לשלם הוצאות אלה או לשלמם למבוטח עצמו.

6.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל, יבוצע התשלום אך ורק כנגד חשבונות שיומצאו למבטח ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת חשבוניות וקבלות מקוריות. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ. סעיף זה לא יחול במקרה של תשלום תגמולי ביטוח עפ"י סעיף 5 לעיל.

6.4 המרת המטבע במקרה של הוצאות מוכרות תיעשה לפי שער המכירה של מטבע החוץ הרלבנטי ביום התשלום (העברות והמחאות) שיהיה נהוג בבנק דיסקונט, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול על תשלום שכזה.

- 6.5 במסגרת ההוצאות ובמידת הצורך, תשולם למבוטח מקדמה כספית לשם ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- מקדמה זו תשולם למבוטח כנגד ערבות, או התחייבות אחרת כמקובל אצל החברה.
- 6.6 יצא המבוטח לחו"ל להשתלה ו/או לטיפול המיוחד ומכל סיבה שהיא (רפואית או אחרת) לא בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בעת שהותו בחו"ל, החברה תישא בהוצאות כמפורט בסעיף 4. כיסוי ההוצאות לא יפגע בזכות המבוטח לכיסוי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל עד לתקרות המפורטות בפרק זה, בניכוי הסכומים שכבר שולמו.
- 6.7 למען הסר ספק מובהר בזאת כי לא תחול על החברה כל אחריות בגין הוצאה כל שהיא שאינה מאלה המפורטות בסעיף 4 לעיל, והוצאות אלה יחולו על המבוטח לבדו.

**תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.**

## פרק ב' –

# כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

### 1. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן

### 1.1 מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות אחת מאלה:

### 1.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות – כל תרופה שאינה

כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן "המדינות המוכרות"); ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

### 1.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות – כל תרופה הכלולה בסל

שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שווייץ או נורבגיה או איסלנד. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

### 1.1.3 תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL – כל תרופה שאושרה לשימוש

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

1. פרסומי ה- FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug information

3. US Pharmacopoeia Drug Information

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

א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II

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

ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II

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

א. NCCN

ב. ASCO

ג. NICE

ד. ESMO Minimal Recommendation

1.1.4 **התרופה הנמצאת בתהליכי הגשה לרישום** או הוגשה לרשויות המוסמכות לאישור בגין מחלתו של המבוטח.

1.1.5 **תרופה למחלה יתומה** – תרופה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") של חולים המשתייכים לאחת מארבע הקבוצות הבאות:

א. חולים במחלה יתומה שמספרם פחות מ- 200,000 בני אדם בארצות הברית.

ב. חולים במחלה יתומה שמספרם עולה על 200,000 בני אדם בארצות הברית אך אין ציפייה סבירה שעלות פיתוח התרופה תכוסה על ידי מכירות התרופה בארצות הברית לבדה.

ג. חולים במחלה יתומה שמספרם לא יותר מ- 5 מתוך כל 10,000 באיחוד האירופאי.

ד. חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפוחת לה תרופה ללא תמריצים באיחוד האירופאי.

קביעת התרופה כתרופה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת תרופה מסוג זה ותתבסס על קביעת ה-FDA האמריקאית לגבי ארה"ב ועל ידי ועדת מוצרים יתומים (COMP) Orphan Medicinal Products Committee for Orphan Medicinal Products לרגבי מדינות האיחוד האירופאי.

1.2 **תרופה** – חומר כימי או ביולוגי אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.

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** – נטילת תרופה בישראל בצורה חד פעמית או מתמשכת.

1.5 **תקופת התגמול** – תקופה מרבית לתשלום בגין התרופה.

1.6 **מרשם** – מסמך רפואי חתום על-ידי רופא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש.

**למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.**

1.7 **סכום שיפוי מרבי** – גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה בגין תרופה ו/או תרופות במהלך תקופת הביטוח.

- 1.8 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המרבי עבור תרופה, והמשתנה מעת לעת ובכפוף לסעיף 4.1 להלן.
- 1.9 **סף תשלום תגמולי ביטוח** - סכום כספי כמצוין בסעיף 2.3.2 להלן, המהווה סיכום הוצאות בגין הטיפול התרופתי, ששולמו בפועל על-ידי המבוטח והמהווה סף, אשר רק מעבר לו תחל החברה לשאת בחבותה על פי פרק זה.
- 1.10 **חוק ביטוח בריאות ממלכתי** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.11 **סל הבריאות הממלכתי** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על-ידי קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה למבוטחיה.
- 1.12 **בית מרקחת** - מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").

## 2. הכיסוי:

- החברה תספק למבוטח את התרופה, או תשלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המצטברים כמפורט להלן:**
- 2.1 **המבוטח יפנה לקבלת אישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידוי מרשם.**
- למען הסר ספק, יובהר כי החברה לא תהיה חייבת בתשלום תגמולי ביטוח אם לא אישרה מראש את רכישת התרופה ואת אופן אספקת התרופה באמצעותה או ישירות על ידי המבוטח, על פי שיקול דעתה.**
- 2.2 החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה.
- 2.3 חבות החברה על פי פרק זה תהיה אך ורק לפי התנאים המצטברים להלן:
- 2.3.1 ההוצאות הוצאו בפועל ע"י המבוטח או החברה התחייבה לרכשן.
- 2.3.2 החברה תשלם אך ורק הוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 200 ₪ לחודש ועד 400 ₪ לכל המרשמים יחד לחודש.
- 2.4 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות על פי פרק זה יהיה עד 2,500,000 ₪ לכל מקרי הביטוח לתקופת הביטוח. בתום תקופת הביטוח (דהיינו ביום 1.1.2016) יחודש סכום השיפוי המרבי. יובהר כי לא ניתן לצבור סכומי שיפוי שלא נוצלו בתקופת ביטוח אחת לאחרת.
- 2.5 החברה תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 160 ₪ ליום ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח.
- 2.6 הסכומים המפורטים בפרק זה יהיו צמודים למדד היסודי.

### **3. הוצאות מוכרות:**

למען הסר ספק, מודגש בזה כי כל הוצאות הטיפול התרופתי יוכרו וישולמו על-ידי החברה אך ורק כנגד קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד. צילומים או העתקים, גם אם אושרו כתואמים למקור, לא יוכרו לצורך תשלום תגמולי הביטוח. מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל, בלבד.

### **4. הגבלות נוספות לאחריות החברה:**

בנוסף ומבלי לגרוע מהסייגים הכלליים והמיוחדים בפוליסה, החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.

**4.1 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום השיפוי המרבי, על פי הסכום המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. במידה שלתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום השיפוי המרבי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה, במחירי דולר ארה"ב.**

**4.2 בנוסף לאמור לעיל לא תהיה החברה אחראית לכל תשלום על פי פרק זה בגין:**

**4.2.1 תרופה ניסיונית אשר לא אושרה על-ידי הרשות המוסמכת למעט כמוגדר בסעיף 1.1.3, 1.1.4 ו- 1.1.5**

**4.2.2 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים ו/או לדיאטה.**

**4.2.3 תרופות לטיפולים במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים ו/או פסיכיאטרים.**

**4.2.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים וחניכיים.**

**4.2.5 במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים על-ידי מדע הרפואה.**

**תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.**

# פרק ג' –

## שירותים רפואיים ייחודיים (מורחב)

1. הגדרות
- בכתב שירות זה יהיו למונחים המופרטים להלן המשמעות האמורה בצדם.
- 1.1 "נותן השירות" – נותן השירות כפי שיקבע מעת לעת ע"י החברה.
- 1.2 "המבטחת" או "חברת הביטוח" – הראל חברה לביטוח.
- 1.3 "פוליסת הביטוח" – פוליסת ביטוח בריאות של המבטחת הכוללת כתב שירות לשירותים רפואיים.
- 1.4 "מבוטח" – עובד פעיל אצל המבוטח ו/או בן או בת זוגו ו/או ילדיהם עד גיל 25 או ילד בוגר ובני משפחתו ששמו נקוב בקובץ הנתונים שיועבר מידי חודש לחברה על ידי המבוטח או מבוטח במסלול פורשים כמפורט בסעיף 6 לפוליסה.
- 1.5 "המנוי" או "המשפחה המנויה" – מוטב הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.6 "רופא" – רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות בישראל ובעל רישיון מטעם משרד הביטוח לעסוק ברפואה.
- 1.7 "מטפל" – פסיכולוג קליני או פסיכותרפיסט, הרשאי על פי דין ליתן את השרות הרלוונטי למבוטח, ואשר נותן השירות התקשר עמו בהסכם בקשר למתן שרות למנויים.
- 1.8 "רופא הסכם" – רופא אשר התקשר עם נותן השרות בהסכם למתן שירות ביקור רופא כהגדרתו להלן למנויים.
- 1.9 "מוקד השירות" – מוקד טלפוני ארצי המופעל בקו טלפון שמספרו מפורסם על ידי המבטחת בחוברת הביטוח.
- 1.10 "המדד" – מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.11 "מדד הבסיס" – מדד 12134 אשר פורסם ביום 15.12.2012.
- 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.



- 2.3.1 נזקק המנוי לשירותי המידע כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, 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 מחויבותו של נותן השירות כלפי המנוי בטיפול 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 והמבטחת ונותן השירות לא יהיו אחראים 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, והמבטחת ו/או נותן השירות אינן המעסיקות של נותני שירותי המידע והן לא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

### 3. שירות ביקור רופא 24 שעות ביממה

#### 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**"). שירות ביקור רופא יינתן בביתו של המנוי או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המנוי הנזקק לשירות, או שהמנוי הנזקק לשירות יופנה לקבלת שירות ביקור רופא באחד ממוקדי שירות ביקור רופא המופעלים על ידי נותן השירות הנמצא בסמוך למקום הימצאו (להלן - "**המוקד הרפואי**"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכול 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, הכול 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, הכול 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 חינום באמבולנס** - במקרה שרופא ההסכם שבדק את המנוי בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על פינוי באמבולנס, תשלם המבטחת למנוי את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל **במקור בלבד** למבטחת, ובתנאי שהמנוי אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא מוטב.

## 3.2 כללי

- 3.2.1 שירות ביקור רופא על פי כתב שירות זה יינתן כל ימות השנה 24 שעות ביממה.  
שירות ביקור רופא לא יינתן בערב יום כיפור וביום כיפור עד שעתיים לאחר תום הצום.
- 3.2.2 נזקק המנוי לשירות רפואי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המפורסם על ידי המבטחת בחוברת, יזדהה בשמו, מקום הימצאו, שם המנוי ומס' הטלפון של בית המגורים של המנוי (המהווה את מספר המנוי של המשפחה המנויה אצל המבטחת).
- 3.2.3 שירות ביקור רופא יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.
- 3.2.4 שירות ביקור רופא ניתן בכל מקום ישוב בישראל למעט מזרח ירושלים, יהודה, שומרון וחבל עזה, אך לרבות מעלה אדומים, אריאל, בית אריה, אורנית ושערי תקוה. ברמת הגולן שירות ביקור רופא יינתן בקצרין או בכל מקום ישוב אחר באזור, כאשר המנוי הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבוננו אל רופא ההסכם לפי כתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות.

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 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 מחויבותו של נתן השירות כלפי המנוי בטיפולו בקריאה של מנוי לקבלת שירות ביקור רופא 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- 5.3.

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

3.3.2 האחריות בגין איכות שירות ביקור רופא נשוא כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על רופא ההסכם הרלוונטי בלבד, והמבטחת ונותן השירות לא יהיו אחראים בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

3.3.2.1 איכות שירות ביקור רופא נשוא כתב שירות זה.

3.3.2.2 רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למוטב ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם שירות ביקור רופא 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 ההסכם.

## 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) (להלן - "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 הכואבות.
- 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 בחוברת, 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 נותן השירות ו/או כל מי מטעמו שיארגן את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים (למעט מרפאת השיניים עצמה) ו/או המבטחת לא יהיו אחראים כלפי המנוי בכל מקרה ובכל עניין.

## 5. שירות סיוע וייעוץ פסיכולוגי

- | 5.1   | השירות                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1.1 | המנוי יהיה זכאי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי (להלן: <b>"שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי"</b> ), אשר במסגרתם יהיה זכאי לפגישות פנים מול פנים עם מטפל (להלן - <b>"פגישות ייעוץ אישיות"</b> ).                                                                                                                                                                            |
| 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 המופיע בחוברת, 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 נותן השירות התקשר עמו 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 - <b>"המטפל"</b> ) ואת מספר הטלפון שלו, בין במסגרת שיחת הייעוץ הטלפונית ובין במועד מאוחר יותר.                 |
| 5.2.4 | על המנוי, לפנות טלפונית בעצמו, אל המטפל בפועל על מנת לתאם עמו מועד לפגישת הייעוץ האישית הראשונה והפגישות שתבואנה אחריה.                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5.2.5 | פגישות הייעוץ האישיות תערכנה במועד שיתואם ישירות בין המנוי לבין המטפל בפועל, כאמור לעיל. פגישת הייעוץ האישית 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 האישית.
- 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 הטר 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 לשירותי 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 נותן השירות יעשה כמיטב יכולתו על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר עימו התקשר נותן השירות 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 נותן השירות.**
- 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 שרות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.**

### 5.4 אחריות

- 5.4.1 מחויבותו של נותן השירות 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 לפני העניין.

- 5.4.1.2 ביטול הקריאה לקבלת הייעוץ הטלפוני על ידי הודעת המנוי למוקד השרות.
- 5.4.2 האחריות בגין איכות השרות נשוא כתב שרות זה ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת, תחול על המטפל בפועל בלבד או על המטפל שנתן את הייעוץ הטלפוני, לפי העניין, ונתן השירות ו/או המבטחת לא יהיו אחראים בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 5.4.2.1 איכות שירות הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי נשוא כתב שירות זה.
- 5.4.2.2 רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או להוריו ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השרות נשוא כתב שרות זה.
- 5.4.2.3 הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשרות המפורט בכתב שרות זה.
- 5.4.2.4 הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפולים או שירותים על ידי איש מקצוע שאינו מטפל כהגדרתו בסעיף 1.7 לעיל.
- 5.4.3 מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל מובהר, כי המטפל שיתן בפועל את שרות הייעוץ והסיוע הפסיכולוגי, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי, להוריו או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן השרות, אם בשל מעשה ואם בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי נתן השירות ו/או המבטחת אינם ולא יהיו אחראים כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

## **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, נתן השירות ו/או המבטחת לא יהיו מחויבים 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 נתן השירות ו/או המבטחת למנעו.
- 6.4 בכל עניין 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 לנותן השירות.

- 7.2 שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו ללא כל תשלום של דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי לנותן השירות.
- 7.3 שירות ביקור רופא, יינתן כנגד תשלום דמי השתתפות עצמית בסך של 25 (עשרים וחמישה) ₪ בגין כל מנוי שניתן לו שירות ביקור רופא במסגרת אותו ביקור (בין אם ביקור בית או ביקור במוקד הרפואי). המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם, שביצע את שירות ביקור רופא את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל. 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 17%. היה ויחול 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 ולראשונה ב- 1.1.2014.
- 7.7 במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא נותן השירות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למשפחה המנויה לאחר שנתן למנוי ולמבטחת הודעה בכתב על כך.

## **8. תקופת תוקפו של כתב השירות**

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

## **9. שירותי מעבדה עד הבית**

- 9.1 **הגדרות**  
 כתב שירות זה הינו הרחבה לכתב השירות לשירותים רפואיים ייחודיים (מס' 807), וכפוף להגדרות ולתנאים הנקובים ב"ל", ובכפוף להוראות ולחריגים המפורטים להלן.



- 9.1.1 **"שירותי מעבדה"** – ביצוע בדיקות מעבדה, המפורטות להלן: דגימת דם ושתן, תרביית דם ושתן, משטחי גרון, אף, אוזן ועין.
- 9.1.2 **"מבצע השרות"** – רופא/ה ו/או אח/ות, אשר רשאים על פי כל דין לבצע את לקיחת הדגימה/תרביית/משטח נשוא כתב שרות זה, ואשר התקשרו עם נותן השירות בהסכם למתן השרות למנויים.
- 9.1.3 **"מעבדת הסכם"** – מעבדה שנותן השרות התקשר עמה בהסכם לביצוע בדיקות מעבדה עבור המנויים.
- 9.1.4 **"מוקד השירות"** – מוקד טלפוני ארצי שיפורסם על ידי המבטחת בחוברת.

## 9.2 השירות

- 9.2.1 המנוי יהיה זכאי לקבל שירותי מעבדה, כמפורט להלן ושירותים אלה בלבד (להלן **"שירותי מעבדה"**).
- 9.2.2 השרות יינתן אך ורק כנגד הצגת טופס הפנייה לבדיקות מעבדה, הנושא את שם המנוי, בחתימת הרופא המטפל במנוי (במקור), ואך ורק בהתייחס לבדיקות המצוינות בטופס הפניה הנ"ל (ובכפוף להגדרת השרות כאמור לעיל).
- על אף האמור לעיל, מבצע השרות יהא רשאי להחליט לפי שיקול דעתו המקצועי, כי מן הראוי שלקיחת הדגימה/תרביית/משטח תהא בתנאי מעבדה, ובמקרה זה לא יינתן השרות על פי כתב שרות זה. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, השרות אינו כולל בדיקת חומציות, בדיקת אמוניה, איסופי שתן, העמסת סוכר, תרביית ואגינלית, תרביית אורטרה, אינסולין, פטריית, לקטאט.
- 9.2.3 לקיחת הדמים/דגימת השתן/המשטח הרלוונטי תעשה על ידי מבצע השרות בביתו של המנוי או במקום עבודתו עפ"י בחירתו.
- 9.2.4 בדיקות המעבדה הרלוונטיות יועברו על ידי נותן השרות לאחת ממעבדות ההסכם, ותוצאות הבדיקות יועברו למנוי בדואר, עפ"י כתובת המנוי המצוינת בפוליסת הביטוח. המנוי יהא רשאי לבקש בכתב, כי תוצאות הבדיקה יועברו אליו בפקס ובתנאי שיחתום על כתב ויתור על כל טענה בקשר לפגיעה בפרטיותו ו/או על כל טענה במקרה של תקלה בקבלת תוצאות הבדיקה בפקס ו/או שיבוש תוצאות הבדיקה, בנוסח שיהיה נהוג אצל נותן השרות.

## 9.3 כללי

- 9.3.1 ביקש המנוי לקבל את השרות כאמור בכתב שרות זה, יפנה טלפונית למוקד השרות לפי מספר הטלפון המפורסם על ידי המבטחת בחוברת, יזדהה בשמו, כתובתו, שם המנוי ומס' הטלפון של בית המגורים של המנוי (המהווה את מספר המנוי אצל נותן השרות), גיל המנוי וציין את בדיקת המעבדה הדרושה מתוך אלה הנכללות בהגדרת השרות.

מוקד השרות פועל לקבלת קריאות של מנויים במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.

- 9.3.2 השרות יינתן במועד שיתואם עם המנוי, וזאת בימים א' - ה', שאינם ערבי חג או חג, בין השעות 06:30 עד 22:30, ובימי ו' וערבי חג - בין השעות 06:30 עד 12:30. בהתייחס לבדיקות, הדורשות צום, השרות יינתן בין השעות 06:30 עד 12:30, בימים א' - ו', שאינם ימי חג.
- 9.3.3 מבלי לגרוע בכלליות הגדרת השרות, מובהר, כי לקיחת הדמים מתייחסת ללקיחת דם ורידי בלבד לצורך ביצוע הבדיקות המצוינות בהגדרת השרות.
- 9.3.4 על אף האמור בכתב שרות זה, השרות לא יינתן לתינוקות מתחת לגיל 6 (ששה) חודשים. כמו כן, לא יינתן שרות בהתייחס לבדיקות דם לילדים מתחת לגיל 5 (חמש).
- 9.3.5 מובהר בזאת במפורש, כי תוצאות בדיקות המעבדה יציינו אך ורק את הפרמטרים הנבדקים בהן, וכי הן לא יכללו אבחון, וכן אין בהן כדי להעיד שהאדם בריא, או כדי להחליף בדיקה אצל רופא במקום שהמנוי מתלונן על מיחושים כלשהם.
- 9.3.6 עם תום לקיחת הדמים/דגימת השתן/המשטח הרלוונטי יחתום המנוי או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי מבצע השרות ביצע את השרות.
- 9.3.7 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את קריאתו לקבלת השרות, יודיע על כך המנוי למוקד השרות לפחות 6 (שש) שעות מראש. לא הודיע המנוי על ביטול קריאתו לפחות 6 שעות מראש, יחויב המנוי בדמי ההשתתפות העצמית כאמור בסעיף 4 להלן. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד השרות על ביטול קריאתו, גם אם מסר על ביטול הקריאה למבצע השרות שיצר עמו קשר טלפוני.

#### 9.4 השתתפות עצמית

המנוי ישלם דמי השתתפות עצמית בגובה 40 ₪ (הסכום האמור כולל מע"מ בשיעור 17%) לביקור בגין כל מנוי שניתן לו השרות, וזאת בדרך של חיוב כרטיס האשראי של המנוי בתום קבלת השירות. פרטי כרטיס האשראי יילקחו בעת הזמנת השירות ע"י המנוי. היה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכן סכום זה בהתאם. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא נתון השירות רשאי להפסיק לתת את השרות למנוי לאחר שנתן למנוי ולמבטחת הודעה בכתב על כך.

הסכום הנ"ל צמוד למדד ממדד הבסיס ואולם הוא יעודכן אחת ל- 12 חודשים בלבד ולראשונה ב- 01.01.2014

#### 9.5 אחריות

האחריות בגין איכות בדיקת המעבדה עצמה נשוא כתב שרות זה ו/או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על מעבדת ההסכם הרלוונטית, ונתון השירות ו/או המבטחת לא יהיו אחראים בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

- 9.5.1 איכות בדיקת המעבדה עצמה נשוא כתב שרות זה.
- 9.5.2 רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השרות נשוא כתב שרות זה.
- 9.5.3 הוצאות שהוציא המנוי עבור שרות, החורג מהשרות המפורט בכתב שרות זה.
- 9.5.4 הוצאות שהוציא המנוי עבור שירותים על ידי מבצע שרות אחר.

# פרק ד' 1 - ניתוחים בישראל

## 1. הגדרות

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 **"ניתוח"** - פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו 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.

יובהר כי יכוסו גם ניתוחים שבוצעו בישראל לכריתת מלאה או חלקית של שדיים, שחלות או מעי גס עקב חשש להופעת גידולים באיברים אלו מסיבה תורשתית או גנטית.

**יובהר, כי הכיסוי על פי פרק זה אינו כולל בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה או כל פעולה רפואית המתבצעת באמצעות זריקה/הזרקה, למעט הזרקות לעמוד השדרה לצורך שאיבת נוזל השדרה שבוצעו אלקטיבית ולמעט הזרקות לעמוד השדרה שנעשות תחת הדמיה. כמו כן, הכיסוי אינו כולל בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון C.T ו-M.R.I אלא אם הינן נדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז לקראת הניתוח או במהלך הניתוח.**

**יובהר כי הכיסוי במסגרת פרק זה אינו כולל טיפול חלופי לניתוח כהגדרתו בפרק ה' לפוליסה ואשר מטרתו להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח.**

1.2 **"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 (כמפורט בפרק א' לפוליסה זו).

## 2. מקרה ביטוח:

מקרה הביטוח הוא ביצוע ניתוח בישראל.

## 3. תנאי מוקדם לאחריות החברה:

יובהר כי בכל מקרה החברה תישא בתשלום תגמולי הביטוח בסכום תעריפי ההסדר או בסכום ההוצאות שהוצאו בפועל, לפי הנמוך מבניהם.

## 4. תגמולי הביטוח:

החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות המפורטות בסעיף 4.4 להלן (להלן: **"ההוצאות המוכרות"**) לכל הניתוחים המבוצעים בישראל, על-פי התנאים כדלקמן:

4.1 החברה תשלם ישירות לנותן השרות, או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים שלהלן אותם קיבל המבוטח כצורך רפואי בתוך תקופת הביטוח בסכום שלא יעלה על הסכומים בגין הכיסויים כמפורט להלן.

4.2 **בחירתו של מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, כפופה להסכמת בית החולים. תיאום הניתוח יעשה על ידי המנתח שנבחר על ידי המבוטח.**

4.3 להלן פירוט ההוצאות המוכרות:

**4.3.1 שכר מנתח/מרדים:**

4.3.1.1 בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם על-פי בחירת המבוטח ישולם ישירות ע"י החברה למנתח/מרדים.

4.3.1.2 בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שאינו בהסכם, עפ"י בחירת המבוטח, השיפוי יהיה לפי הסכום באותו דרג שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל החברה עפ"י הסכמים שיש לה עם ספקי שירות רפואי בישראל.

**4.3.2 הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח:**

החברה תשלם למבוטח או לביה"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז וחדר הניתוח או אם יבחר המבוטח לעבור את הניתוח בבית חולים אחר, תחזיר הוצאות אלו למבוטח, בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ועל פי תעריפי החברה לנותני שירות שבהסכם.

**כיסוי הוצאות האשפוז יהיה על פי תעריף האשפוז בחדר בין שתיים עד שלוש מיטות בבי"ח מוסכם ועד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח.**

**4.3.3 הוצאות בגין בדיקות מעבדה והדמיה:**

החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה הנדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.

**4.3.4 שתל/ים – אביזר מושתל:**

בוצע במבוטח ניתוח, אשר במהלכו הושתל במבוטח שתל/ים, תשתתף החברה בעלות השתל/ים הנ"ל עד לסך 50,000 ₪.

**4.3.5 פיזיותרפיה ושירותי אחות פרטית/ במהלך אשפוז:**

פיזיותרפיה ו/או שירותי אחות פרטית במהלך אשפוז לצורך או עקב ניתוח, שניהם ביחד, עד לסכום של 700 ₪ ליום ועד 10 ימים לכל ניתוח, המכוסה על פי הפוליסה. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבטח, או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית ו/או טיפולי פיזיותרפיה, ובלבד שביצוע השמירה הפרטית או הפיזיותרפיה לא בוצע במהלך המשמרת הרגילה של האח או המטפל בבית החולים.

**4.3.6 שירותי הסעה באמבולנס לביה"ח ובין בתי חולים בישראל:**

החברה תשפה את המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לביה"ח, בתנאי שהמבוטח אושפז בעקבות הבאתו לבית החולים, או ממנו או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

**4.3.7 התייעצות לפני ניתוח:**

החברה תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני הניתוח והתייעצות אחת לאחר הניתוח עם מנתח שבהסכם, אשר ביצע בפועל

את הניתוח. בוצעה ההתייעצות אצל מנתח שלא בהסכם ואשר ביצע בפועל את הניתוח, ישופה המבוטח עד תקרת הסכום המשולם למנתח שבהסכם בגין התייעצות וכנגד קבלות מקוריות.

#### 4.3.8 **התייעצות נוספת לפני ניתוח:**

החברה תכסה הוצאות התייעצות מוקדמת נוספת לפני הניתוח עם רופא שאינו המנתח, עד תקרה של 2,250 ש"ח, ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית.

#### 4.3.9 **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:**

החברה תשלם ישירות לביה"ח או למוסד רפואי אחר (עד לגובה התעריף אצל ספק שבהסדר) בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה על-ידי מומחה לפתולוגיה, ו/או חו"ד שנייה בגינה הנדרשת במקרה של ניתוח, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.

#### 4.3.10 **פיצוי במקרה ניתוח שבוצע ללא מעורבות החברה במערכת ציבורית:**

נותח המבוטח בבית חולים במערכת הציבורית ומלוא הוצאותיו כוסו ע"י גורם אחר, תשלם החברה למבוטח פיצוי בגובה 50% מהסכום המשולם כשכר מנתח הסכם לסוג הניתוח שבוצע. למען הסר ספק, במקרה של ניתוח חירום, שהוצאותיו יכוסו ע"י קופת חולים, לא יהיה המבוטח זכאי לתגמולים כמצוין לעיל. לעניין זה ניתוח חירום הינו ניתוח פתאומי ובלתי צפוי שבוצע מידיית במבוטח, שאושפז מייד לאחר ביקור בחדר מיון של בית החולים. במקרה של ניתוח שבוצע באמצעות קופ"ח ללא מעורבות המבטח, ישולם החזר הוצאות נלוות לניתוח במידה והיו למבוטח בגין שתלים, אחות פרטית, שירותי פיזיותרפיה והתייעצויות עם המנתח לפני ואחרי ניתוח.

#### 4.3.11 **פיצוי במקרה ניתוח שבוצע ללא מעורבות החברה במערכת הפרטית במימון השב"ן:**

ניתוח שבוצע בבית חולים פרטי או במחלקת שר"פ בבית חולים ציבורי אבל קופת החולים משתתפת בהוצאותיו ללא מעורבות החברה. אם שילמה קופת החולים בה חבר המבוטח את כל הוצאות הניתוח ו/או את חלקן ובכך פחתו הוצאות החברה, תפצה החברה את המבוטח במחצית ערך ההוצאות הנחסכות לחברה.

#### 4.3.12 **תשלום במקרה של אובדן כושר עבודה מוחלט במקרה של סיבוכי ניתוח:**

4.3.12.1 החברה תשלם למבוטח גמלה חודשית בסך של 3,000 ש"ח במקרה של אובדן כושר עבודה מוחלט הנגרם כתוצאה מסיבוכים עקב ביצוע ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21, ומתחת לגיל 65 לאישה ו-67 לגבר.

הגמלה החודשית תשולם החל מתום תקופת המתנה בת 60 יום, לתקופה מרבית של 12 חודשים ובכל מקרה ייפסק התשלום עם הגיע המבוטח לגיל 65 לאישה ו-67 לגבר או גיל פרישה אחר לפי החוק, אם ישונה במהלך תקופת הביטוח.

**הכיסוי מותנה בכך כי המבוטח היה בעל כושר עבודה מלא ועבד או עסק במקצועו או בעיסוקו בששת החודשים שקדמו לביצוע הניתוח.**

4.3.12.2 אם המבוטח חוזר להיות כשיר לעבודה, חייב הוא ו/או בעל הפוליסה להודיע על כך מיד לחברה ותשלום התגמולים יופסק בהתאם.

4.3.12.3 במידה שהמבוטח חזר להיות כשיר לעבודה ולא הודיע על כך לחברה כאמור לעיל, החברה תהא רשאית לפעול לגביית הסכומים אשר שולמו למבוטח בתקופת היותו כשיר לעבודה מאת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.

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

#### 4.3.13 מוות כתוצאה מניתוח:

נפטר המבוטח, חס וחלילה, במהלך או תוך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו (יום הניתוח ועוד 6 ימים) וכתוצאה ישירה מביצוע הניתוח ו/או סיבוכים כתוצאה מהניתוח, תשלם החברה ליורשיו החוקיים, בנוסף לתגמולי הביטוח, פיצוי חד פעמי בגובה 100,000 ₪.

לעניין סעיף זה תוגדר יממה כרצף של 24 שעות, שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.

#### 4.3.14 פיצוי חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS:

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם (להלן: איידס) ומוצריו, אשר ניתנו לו במהלך ניתוח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 100,000 ₪ וזאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח והמבוטח לא יה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

#### 4.3.15 גמלה בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B:

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לגמלה בסך של 2,500 ₪ למשך 12 חודשים וזאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

### 5. הגבלות נוספות לאחריות החברה:

5.1 לא תכוסה לידה בניתוח קיסרי שלא על רקע של צורך רפואי.

5.2 השתלת איברים בישראל או בחו"ל, ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל.

5.3 ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל, למעט ניתוחי עודף משקל אשר יכוסו כאשר BMI שווה או גדול מ- 35 או בכפוף לאישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי בו מתבצע הניתוח.

5.4 ניתוחי קוצר ראה, למעט ניתוחים בהם ניתן אישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי המבצע את הניתוח.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.

## פרק ד' 2' – משלים שב"ן –

### כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים פרטיים בישראל

הזכאות לתגמולי ביטוח כאמור בפרק זה הינה לאחר מיצוי הזכאות לתגמולי ביטוח (שיפוי), פיצוי, הנחה ו/או השתתפות) להם זכאי המבוטח, במידה והינו זכאי להם, במסגרת תוכנית השב"ן בה המבוטח חבר ("כללית מושלם", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף", "מכבי מגן" או כל תוכנית שב"ן אחרת המבטיחה כיסויי ביטוח וזכויות נרחבות יותר, הקיימת באותה קופה בה במבוטח חבר).

סך התגמולים אשר יתקבלו מתוכנית השב"ן ומפוליסה זו ביחד לא יעלו על התקרה המרבית הנקובה בפרק זה.

#### 1. הגדרות:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 **"ניתוח"** - פעולה פולשנית-חדיריתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראת אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול. יובהר כי יכוסו גם ניתוחים שבוצעו בישראל לכריתת מלאה או חלקית של שדיים, שחלות או מעי גס עקב חשש להופעת גידולים באיברים אלו מסיבה תורשתית או גנטית.

**יובהר, כי הכיסוי על פי פרק זה אינו כולל בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה או כל פעולה רפואית המתבצעת באמצעות זריקה/הזרקה, למעט הזרקות לעמוד השדרה לצורך שאיבת נוזל השדרה שבוצעו אלקטיבית, הזלפות. כמו כן, הכיסוי אינו כולל בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון C.T ו-M.R.I, אלא אם הינן נדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז לקראת הניתוח או במהלך הניתוח.**

**יובהר כי הכיסוי במסגרת פרק זה אינו כולל טיפול חלופי לניתוח כהגדרתו בפרק ה' לפוליסה, ואשר מטרתו להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח.**

1.2 **"ניתוח אלקטיבי"** - ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות חדר מיון כמקרה דחוף אלא המבוטח הופנה אליו על ידי רופא מומחה ממרפאה, לרבות מרפאת חוץ של בית החולים.

1.3 **"שתל"** - כל איבר, 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 (כמפורט בפרק ד' לפוליסה זו).

1.4 **"שירותי בריאות נוספים – שב"ן"** - תוכנית לשירותי בריאות נוספים אשר אינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה. תוכנית זו מוצעת על ידי קופת החולים לחבריה בעצמה או על ידי חברת בת שבשליטתה המלאה.

- 1.5 **"כיסוי ביטוחי לניתוחים מהשקל הראשון"** - כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל ואשר תגמולי הביטוח משולמים בו ללא תלות בזכויות המגיעות למבוטח מהשב"ן.
- 1.6 **"כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים"** - תוכנית ביטוח המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל והנותנת כיסוי ביטוחי להשלמת ההפרש בין סך ההוצאות להן זכאי המבוטח לקבל על פי תנאי השב"ן ובכפוף לסעיף 5 שלהלן.
- 1.7 **"מועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן"** - מועד הביטול יהיה על פי אחד מהמועדים הבאים, המוקדם מביניהם:
- 1.7.1 מועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן ו/או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.
- 1.7.2 המועד בו על פי תקנון השב"ן נכנסה לתוקף בקשת המבוטח להיגרע מתוכנית השב"ן.
- 1.8 **תקופת אכשרה בשב"ן** - תקופת זמן רצופה המתחילה ממועד ההצטרפות לתוכנית השב"ן ו/או לחלקיה ו/או לפרקיה, הנקבעת על ידי קופת החולים המספקת את השב"ן והמשתנה מכיסוי לכיסוי ומקופת חולים לקופת חולים, ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל חלק ו/או פרק בתוכנית השב"ן.
- 1.9 **"אישור רשמי מקופת החולים"** - אישור כתוב על דף הנושא את שם וסמל קופת החולים, התום על ידי מורשה מטעם קופת החולים בצירוף חותמת קופת החולים.

## 2. מקרה ביטוח:

מקרה הביטוח הוא ביצוע ניתוח בישראל.

## 3. תנאי מוקדם לאחריות החברה:

**החברה תהיה אחראית לתשלום תגמולי ביטוח אם ורק אם אישרה מראש למבוטח, כי תשא בתשלום תגמולי הביטוח בגין הניתוח, ובשיעור תגמולי הביטוח שאישרה או בסכום ההוצאות שהוצאו בפועל, לפי הנמוך מביניהם.**

## 4. התביעות והיקף תבות החברה:

4.1 המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו. במקביל יפנה המבוטח לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן.

**אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכאות המבוטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי תנאי הפוליסה. למען הזהירות ועל מנת שלא להתחייב להוצאות, שלא יוכרו לאחר מכן על ידי המבטח, מומלץ למבוטח לקבל את אישור המבטח לניתוח לפני ביצועו.**

4.2 לאחר פניית המבוטח לשב"ן למימוש הזכאות על פי תנאי השב"ן ולאחר שעבר את הניתוח, ישלם המבטח למבוטח את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין החזר ההוצאות להן הוא זכאי על פי תנאי השב"ן.



**למען הסר ספק מובהר בזאת כי סה"כ סכום החזר ההוצאות למבוטח על ידי המבטח והזכאות להחזר על פי תנאי השב"ן ביחד, לא יעלה על תקרת הסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח כאמור בסעיף 5 שלהלן.**

4.3 **תקרת תגמולי הביטוח על פי פרק זה יהיו עד לתקרת הסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח כאמור בסעיף 5 להלן ויהיו עבור ההוצאות בפועל של המבוטח על פי קבלות מקוריות ובכפוף לאמור בסעיף 4.6 שלהלן.**

4.4 **על מנת שהמבטח יוכל לשלם למבוטח את הפרש ההוצאות כאמור לעיל, ימציא המבוטח למבטח אישור רשמי מקופת החולים על סך החזר ההוצאות להן הוא זכאי על פי תנאי השב"ן.**

4.5 במקרים הבאים בלבד לא תהיה קיומה של הזכאות על פי תוכנית השב"ן תנאי מוקדם לקיום חבות המבטח על פי פרק זה:

4.5.1 במקרה שבו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח כאמור בסעיף 5 להלן.

4.5.2 במקרה שבו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסויימות הנוגעות למבוטח מסויים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתוכנית השב"ן, אי תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן) ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך הוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תוכנית השב"ן שבה הוא היה חבר וזאת על פי אישור מקופת החולים (להלן: "הקופה"), אותו ימציא המבוטח למבטח לגבי ההוצאות שהיו משולמות לו על ידי הקופה במקרה זה.

במקרה ולא ימציא המבוטח אישור כאמור למבטח, יסתמך המבטח לצורך התשלום על מידע שאסף אודות ניתוח זהה או דומה ששילם הוצאותיו למבוטח/ים במסגרת פרק זה.

**למען הסר ספק, מוצהר ומוסכם בזאת, כי על המבוטח לשתף פעולה עם המבטח להשגת האישור כאמור.**

4.6 המבטח יהיה רשאי על פי שיקול דעתו לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו.

במקרה של תשלום תגמולי הביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות שיומצאו לחברה ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, **יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות של נותן השירות המאשרות תשלום בפועל. לא יבוצע החזר כנגד צילומי קבלות או העתקים המתאימים למקור. למרות האמור לעיל, במקרה והגיש המבוטח בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש העתק קבלה מאושר ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע ושולם לו מהגורם האחר.**

4.7 במקרה בו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות כאמור בסעיף 4.5 לעיל ועל מנת שהמבטח יוכל לשלם למבוטח את הפרש ההוצאות כאמור לעיל, יפעל המבוטח כאמור בחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, וימציא למבטח אישור רשמי מקופת החולים המציין את האמור בשני הסעיפים הקטנים שלהלן במצטבר:

4.7.1 המבוטח אינו זכאי לקבל החזר הוצאות על פי תנאי השב"ן.

4.7.2 פירוט הסיבה לאי הזכאות.

#### 4.8 ברות ביטוח:

מבוטח שחברותו בשב"ן בוטלה, יהיה רשאי לפנות למבטח תוך 60 ימים ממועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (להלן: "פוליסת המשך"). המבוטח יהיה רשאי לפנות למבטח, בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתכנית שב"ן בקופה אחרת (הכוללת תקופת אכשרה אם קיימת) ובין אם לאו. במקרה כאמור המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסת המשך ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה בכפוף לתשלום הפרמיה המלאה על פי מסלול ניתוחים מהשקל הראשון, על פי גילו בעת המעבר למסלול זה. לא מימש המבוטח זכות זו תוך 60 הימים לעיל, תפקע זכות זו מאליה ותחודש בעת הצטרפות המבוטח לתוכנית שב"ן בקופת החולים בה הוא חבר באותה עת וזאת על פי אישור הקופה, אשר ימציא המבוטח למבטח המעיד על תקופת חברותו בשב"ן.

#### 5. תגמולי הביטוח:

החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות המפורטות להלן (להלן: "ההוצאות המוכרות") לכל הניתוחים המבוצעים בישראל, על-פי התנאים כדלקמן:

5.1 בחירתו של מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, כפופה להסכמת בית החולים. תיאום הניתוח יעשה על ידי המנתח שנבחר על ידי המבוטח.

5.2 להלן פירוט ההוצאות המוכרות:

##### 5.2.1 שכר מנתח/מרדים

5.2.1.1 בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם על-פי בחירת המבוטח, ישולם ישירות ע"י החברה למנתח/מרדים.

5.2.1.2 בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שאינו בהסכם, עפ"י בחירת המבוטח, השיפוי יהיה לפי הסכום באותו דרג שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל החברה עפ"י הסכמים שיש לה עם ספקי שירות רפואי בישראל.

##### 5.2.2 הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח

החברה תשלם למבוטח, או לביה"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז וחדר הניתוח, או אם יבחר המבוטח לעבור את הניתוח בבית חולים אחר, יחזיר הוצאות אלו למבוטח, בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ועל פי תעריפי החברה לנוותני שירות שבהסכם.

**כיסוי הוצאות האשפוז יהיה על פי תעריף האשפוז בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות בבי"ח מוסכם ועד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח.**

##### 5.2.3 הוצאות בגין בדיקות מעבדה והדמיה

החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה הנדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.

##### 5.2.4 שתל – אביזר מושתל

בוצע במבוטח ניתוח, אשר במהלכו הושתל במבוטח שתל תשתתף החברה בעלות השתלים הנ"ל עד לסך 30,000 ש.ח.

5.2.5 **פיזיותרפיה ושירותי אח/ות פרטי/ת במהלך אשפוז**  
פיזיותרפיה ו/או שירותי אחות פרטית במהלך אשפוז לצורך או עקב ניתוח ברשימת הניתוחים, שניהם ביחד עד לסכום של 700 ₪ ליום ועד 10 ימים לכל ניתוח המכוסה על פי הפוליסה. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבטח, או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית ו/או טיפולי פיזיותרפיה ובלבד שביצוע השמירה הפרטית או הפיזיותרפיה לא בוצע במהלך המשמרת הרגילה של האח או המטפל בבית החולים.

5.2.6 **שירותי הסעה באמבולנס לביה"ח ובין בתי חולים בישראל**  
החברה תשפה את המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לביה"ח, בתנאי שהמבוטח אושפז בעקבות הבאתו לבית החולים, או ממנו או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

5.2.7 **התייעצות לפני ואחרי ניתוח**  
החברה תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני הניתוח והתייעצות אחת לאחר הניתוח עם מנתח שבהסכם אשר ביצע בפועל את הניתוח. בוצעה ההתייעצות אצל מנתח שלא בהסכם ואשר ביצע בפועל את הניתוח, ישופה המבוטח עד תקרת הסכום המשולם למנתח שבהסכם בגין התייעצות וכנגד קבלות מקוריות.

5.2.8 **התייעצות נוספת לפני ניתוח**  
החברה תכסה הוצאות התייעצות מוקדמת נוספת לפני הניתוח עם רופא שאינו המנתח, עד תקרה של 2,250 ₪, ובכפוף ל- 20% השתתפות עצמית.

5.2.9 **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית**  
החברה תשלם ישירות לביה"ח או למוסד רפואי אחר (עד לגובה התעריף אצל ספק שבהסדר) בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה על-ידי מומחה לפתולוגיה ו/או חו"ד שנייה בגינה הנדרשת במקרה של ניתוח, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.

5.2.10 **תשלום במקרה של אובדן כושר עבודה מוחלט במקרה של סיבוכי ניתוח**

החברה תשלם למבוטח גמלה חודשית בסך של 3,000 ₪ במקרה של אובדן כושר עבודה מוחלט, הנגרם כתוצאה מסיבוכים עקב ביצוע ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21, ומתחת לגיל 65 לאישה ו- 67 לגבר.  
הגמלה החודשית תשלם החל מתום תקופת המתנה בת 60 יום, **לתקופה מרבית של 12 חודשים** ובכל מקרה יפסק התשלום עם הגיע המבוטח לגיל 65 לאישה ו- 67 לגבר או גיל פרישה אחר לפי החוק, אם ישונה במהלך תקופת הביטוח.

**יובהר כי הכיסוי הנו לאובדן כושר עבודה שנגרם כתוצאה מסיבוכי ניתוח ולא כתוצאה ממצבו הרפואי של המבוטח שקדם לביצוע הניתוח.**

**הכיסוי מותנה בכך כי המבוטח היה בעל כושר עבודה מלא ועבד או עסק במקצועו או בעיסוקו בששת החודשים שקדמו לביצוע הניתוח.**

אם המבוטח חוזר להיות כשיר לעבודה, חייב הוא ו/או בעל הפוליסה להודיע על כך מיד לחברה ותשלום התגמולים יופסק בהתאם. במידה שהמבוטח חזר להיות כשיר לעבודה ולא הודיע על כך לחברה כאמור לעיל - החברה תהא רשאית לבטל לו את הביטוח לפי פוליסה זו, ובנוסף לפעול לגביית הסכומים אשר שולמו למבוטח בתקופת היותו כשיר לעבודה מאת המבוטח ו/או בעל הפוליסה. במקרה של אובדן כושר עבודה חוזר בגין אותו מקרה ביטוח, המבוטח לא יהיה זכאי לתקופת תשלום נוספת.

#### 5.2.11 מוות כתוצאה מניתוח

נפטר המבוטח, חס וחלילה, במהלך או תוך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח אלקטיבי המכוסה על-פי פוליסה זו (יום הניתוח ועוד 6 ימים) וכתוצאה ישירה מביצוע הניתוח ו/או כתוצאה מסיבוכים כתוצאה מהניתוח, תשלם החברה ליורשיו החוקיים, בנוסף לתגמולי הביטוח, פיצוי חד פעמי בגובה 100,000 ₪. לעניין סעיף זה תוגדר יממה כרצף של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.

#### 5.2.12 פיצוי חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS:

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם (להלן: איידס) ומוצרו, אשר ניתנו לו במהלך ניתוח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 100,000 ₪ וזאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח והמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

#### 5.2.13 גמלה בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B:

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצרו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לגמלה בסך של 2,500 ₪ למשך 12 חודשים וזאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

### 6. הגבלות נוספות לאחריות החברה:

6.1 לא תכוסה לידה בניתוח קיסרי שלא על רקע של צורך רפואי.

6.2 השתלת איברים בישראל או בחו"ל, ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל.

6.3 ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל, למעט ניתוחי עודף משקל אשר יכוסו כאשר BMI שווה או גדול מ- 35 או בכפוף לאישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי בו מתבצע הניתוח.

6.4 ניתוחי קוצר ראה, למעט ניתוחים בהם ניתן אישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במכון מוסד הרפואי המבצע את הניתוח.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

## פרק ה' –

# כיסוי לטיפולים מחליפי ניתוח המבוצעים בישראל

### 1. הגדרות:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על סעיף זה הגדרות נוספות שלהלן:

- 1.1 **"מקרה ביטוח"** - ביצוע טיפול מחליף ניתוח.
- 1.2 **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח שהומלץ למבוטח לעבור ובתנאי כי ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח ומבוצע בישראל.
- 1.3 **"סכום שיפוי מרבי"** - גובה תגמולי הביטוח שתשלם החברה בגין הטיפול החלופי כאמור בסעיף זה.
- 1.4 **"נותן הטיפול החלופי"** - רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל.
- 1.5 **"נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי"** - נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה אשר הסכימו לקבל ישירות מהחברה שכר שהוסכם עמם עבור הוצאות הטיפול החלופי שניתן להן כיסוי על פי סעיף זה.

### 2. התחייבות החברה:

- 2.1 אם יבחר המבוטח בקרות מקרה הביטוח לקבל טיפול חלופי, תשפה החברה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהלן שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח וזאת עד לסך של 150,000 ₪ ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:
- 2.1.1 **המבוטח יפנה קודם לקבלת הטיפול החלופי לאישור החברה מראש כי תישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין כל אחד מהשירותים הרפואיים בגין הטיפול. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה.**
- 2.2 ההוצאות הרפואיות (להלן: **"ההוצאות המוכרות"**) עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגינן זכאי המבוטח לשיפוי מאת החברה הינן כדלקמן:
  - 2.2.1 שכר נותן הטיפול החלופי.
  - 2.2.2 הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי.
  - 2.2.3 הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים.
  - 2.2.4 הוצאות אשפוז בבית חולים.
  - 2.2.5 אם יבוצע הטיפול אצל ספק שרות הנמצא בהסדר עם המבטח, לגבי אותו טיפול, יישא המבטח במלוא עלות הטיפול.
  - 2.2.6 אם בוצע הטיפול אצל ספק שרות שאינו בהסדר עם המבטח, יישא המבטח במלוא העלות אך לא יותר מ- 150% מעלות הסכום המרבי

שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם, בגין הניתוח אותו הטיפול נועד להחליף.

2.3 הטיפולים יינתנו בבית חולים או מרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) אשר רשומה כדין בפנקס המרפאות.

2.4 נותן הטיפול החלופי יהיה רשאי על פי החוק לתת את הטיפול החלופי ובמקרים בהם נדרש רישוי כלשהו לשם כך יהא נותן הטיפול החלופי והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול החלופי בעלי רישיון מתאים.

2.5 ביצוע על ידי נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה תכסה את מלוא עלות נותני שירות הטיפול החלופי שבהסכם, בכפוף לתקרת השיפוי המרבי כאמור בסעיף 2.1 לעיל.

2.6 ביצוע על ידי נותני שירות, שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות שהוצאו בפועל עד לתעריף הממוצע של נותני שירות הטיפול החלופי שבהסכם כפי שיהיה נהוג אצל החברה באותה התקופה ועד תקרת השיפוי המרבי כאמור בסעיף 2.1 לעיל.

### **3. סייגים מיוחדים לפרק זה: בנוסף לפרק הסייגים בחלק התנאים הכלליים של פוליסה זו יחולו התנאים ו/או ההגבלות המפורטים להלן על פרק זה:-**

3.1 **בכל מקרה, סכום השיפוי המרבי בגין טיפול או סדרת טיפולים חלופיים לא יעלה על עלות הניתוח אותו מחליף הטיפול החלופי כפי שמשולם על ידי החברה לנותני שירות שבהסכם בגין הניתוח.**

3.2 **הטיפול החלופי יינתן בישראל בלבד. לא יינתן כל כיסוי ותגמול לטיפולים שיינתנו מחוץ לישראל.**

3.3 **לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים חלופיים, שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן הטיפול החלופי לטיפולים חלופיים עתידיים.**

3.4 **החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השירות לטיפול החלופי היא של המבוטח בלבד ואין למבטח כל אחריות בגינה. החברה לא תהיה אחראית לכל נזק שייגרם למבוטח עקב בחירתו של המבוטח לקבל טיפול חלופי ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו.**

**כמו כן, לא תהיה החברה אחראית בשום צורה שהיא לכל נזק ו/או הוצאה שייגרמו למבוטח עקב בחירתו של המבוטח בנותני השירות לטיפול החלופי, בין אם הם נותני שירות שבהסכם או נותני שירות שאינם בהסכם.**

3.5 **טיפולים במסגרת רפואה אלטרנטיבית לרבות טיפולים הומאופטיים, אקופונקטורה והיפרתרמיה.**

3.6 **טיפולי פיזיותרפיה וטיפולים כימותרפיים.**

3.7 **הוצאות רכישת תרופות שלא במסגרת האשפוז.**

**תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.**

# פרק ו' – כיסוי לניתוחים בחו"ל

## 1. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

- 1.1 **"מקרה ביטוח"** – ביצוע ניתוח בחו"ל. למען הסר ספק מקרים בהם הייתה המלצה מתועדת ב- 12 החודשים טרום ההצטרפות לביטוח, לביצוע הניתוח, יחשבו מקרי ביטוח שאירעו טרום ההצטרפות.
- 1.2 **"תיאום ניתוח"** – התקשרות וסידורים מנהלתיים עם נותני השירות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו' ייעשו ישירות על ידי החברה.
- 1.3 **"בית חולים בחו"ל"** – מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא, כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.
- 1.4 **"הטסה רפואית"** – הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח חזרה לישראל, בתנאי שרופא מטעם החברה קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וכי ההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

## 2. תגמולי הביטוח:

- 2.1 **שכר מנתח/מרדים**  
שכר מנתח ו/או מרדים שנבחרו על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור מראש שניתן על ידי החברה.
- 2.2 **כיסוי להוצאות בית חולים בחו"ל**  
החברה תכסה את ההוצאות בגין חדר הניתוח, כולל הוצאות שתל כהגדרתו בסעיף 4.3.4. לפרק ד' (ניתוחים) עד לתקרה של 50,000 ש"ח המושתל בגופו של המבוטח במהלך ניתוח, בדיקה פתולוגית ובדיקות מעבדה והדמיה הקשורות בניתוח והמבוצעות במהלך האשפוז וכמו כן תרופות במהלך האשפוז.
- 2.3 **כיסוי להוצאות טיסה ושהייה**  
במידה והמבוטח נזקק להטסה רפואית, על מנת להגיע לחו"ל, או במקרה ותקופת האשפוז לצורך הניתוח בחו"ל תעלה על 7 ימים ברציפות, תכסה החברה הוצאות טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים בטיסה רגילה והוצאות שהייה למלווה אחד עד לסכום מרבי בסך 600 ש"ח ליום.
- אם המבוטח שבוצע בו הניתוח בחו"ל הינו קטין, תכסה החברה במקרים האמורים בסעיף זה לעיל הוצאות טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים בטיסה מסחרית רגילה והוצאות שהייה בגין שני מלווים. סכום הביטוח המרבי לשהייה, על פי סעיף זה לשני מלווים לא יעלה על 1,000 ש"ח ליום.
- 2.4 **הטסה רפואית**  
במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית. הצורך בהטסה רפואית יקבע על-ידי רופא מטעם החברה על-פי מצבו הרפואי

של המבוטח. הכיסוי כולל העברה יבשתית ו/או אווירית בין בתי החולים לשדה התעופה.

### 2.5 כיסוי להוצאות הטסת גופה

החברה תכסה את הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 3 ימים מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה לא יעלה על 30,000 ₪.

### 2.6 פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 10 ימים רצופים יינתן למבוטח פיצוי חד פעמי בסך 10,000 ₪ לכיסוי הוצאות שונות, וזאת בעת שובו של המבוטח לישראל.

למען הסר ספק יובהר כי ניתוח גדול משמעו ניתוח אשר האשפוז בגינו עולה על עשרה ימים.

### 2.7 שיפוי לאחר ניתוח גדול

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 10 ימים רצופים, יינתן שיפוי להוצאות כמפורט להלן עד תקרה של 7,500 ₪ לכל הכיסויים יחד בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח:

2.7.1 שהיה במוסד החלמה מוכר בישראל - עד 10 ימים ועד 700 ₪ ליום.

2.7.2 טיפולים פיזיותרפיים - עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

2.7.3 ריפוי בעיסוק - עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

2.7.4 שיקום כושר הדיבור - עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

למען הסר ספק יובהר כי ניתוח גדול משמעו ניתוח אשר האשפוז בגינו עולה על עשרה ימים.

## 3. תביעות:

בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח, יידע את החברה באופן מידי על רצונו לבצע את הניתוח בחו"ל ועל בית החולים בחו"ל בו הוא מעוניין לעשות זאת.

על המבוטח לקבל הפניית החברה לבית החולים בחו"ל, או למנתח מרדים, כולל קבלת אישור מראש ובכתב מאת החברה לביצוע הניתוח בחו"ל.

### קבלת האישור, כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה.

היה והניתוח יבוצע ללא אישור של המבטח מראש יכסה המבטח את עלות הניתוח ובכל מקרה לא יותר מ- 200% משווי הניתוח בארץ.

**תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.**



- 4.1 החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למוטב ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המוטב ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים /או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל, לרבות בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.
- 4.2 השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל אם וככל שמכוסים לפי פרק א' להסכם זה.
- 4.3 ניתוחי חירום שיבוצעו בחו"ל. לעניין זה "ניתוח חירום" משמעו ניתוח שהמבוטח עבר בחו"ל כתוצאה ובסמוך לאירוע אקוטי וחריף שאירע למבוטח בחו"ל ושחייב ביצוע ניתוח חירום בחו"ל וזאת ללא תיאום ואישור מראש של המבטח.

# פרק ז' – שירותים רפואיים נוספים

## 1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1 **“מקרה הביטוח”** – שירותים רפואיים הנקובים בסעיפים 10-2 להלן שניתנו למבוטח שלא במהלך אשפוז, בעקבות בעיה בריאותית או חשד לבעיה רפואית ובלבד שהשירות הרפואי ניתן במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 **“מועד קרות מקרה הביטוח”** – המועד בו ניתן השירות הרפואי למבוטח.
- 1.3 **“רופא מומחה”** – רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו התחום.

## 2. התייעצות עם רופא מומחה:

החברה תשפה את המבוטח בסך של עד 800 ₪ להתייעצות אחת ובכל מקרה לא יותר מההוצאות הממשיות אשר הוציא המבוטח בפועל עבור התייעצות עם רופא מומחה, אצל רופא מומחה שיבחר ע"י המבוטח, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות ההתייעצות, למעט התייעצות עם רופא נשים בנושא בדיקות תקופתיות, בדיקות שיגרה ומעקב הריון, רופא משפחה ורופא ילדים במקרים של מחלות חום או מחלות ילדים שגרתיות. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין התייעצות עם רופא מומחה כאמור לעיל לא יותר מ- 3 פעמים בשנת ביטוח אחת.

## 3. בדיקות הריון:

- 3.1 **ביצוע סריקה על קולית לבדיקת מערכות עובר:**  
החברה תשפה את המבוטחת בגין בדיקה לסריקה על קולית (ULTRA SOUND) של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת. הבדיקה תעשה אצל רופא מומחה גניקולוג. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל לכלל בדיקה אך לא יותר מ- 1,000 ₪.
- 3.2 **בדיקת מי שפיר:**  
מבוטחת תהיה זכאית לשיפוי עבור הוצאות בדיקת מי שפיר או סיסי שלה. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל אך לא יותר מ- 1,000 ₪.
- 3.3 **ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי:**  
מבוטח במסגרת פוליסה זו, יהיה זכאי לאבחון גנטי טרום לידתי. סכום הביטוח המרבי יהיה 80% אך לא יותר מסך של 1,000 ₪ מההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל.

**הכיסוי בגין כל אחת מבדיקות ההריון הנ"ל בס"ק 3.1-3.3 יינתן לכל הריון פעם אחת בלבד ועד לתקרה של סה"כ 3,000 ₪ לכל הבדיקות. במקרה של הריון רב עוברי התקרה תהיה 4,000 ₪ לכל הבדיקות, לסעיף 3 בדיקות הריון תקופת אכשרה בת 180 יום.**

- 4. טיפולים פיזיותראפיים/הידרותרפיים:**  
המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין ביצוע טיפולים פיזיותראפיים או הידרותרפיים, עד 17 טיפולים בשנה (לשני סוגי הטיפולים יחדיו) ועד 150 ש"ח לטיפול, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%, ועד סכום מרבי של 2,550 ש"ח לשנת ביטוח למבוטח.
- 5. טיפולי פריון:**  
כל טיפול שמטרתו כניסת המבוטחת להריון ו/או הגדלת הסיכוי לכניסתה להריון וזאת על פי הפניית רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקויי פריון. השיפוי יהיה עד ל-8,000 ש"ח לסדרת טיפול ועד שלוש סדרות לתקופת ההסכם. **לטיפול פריון תקופת אכשרה בת 270 יום.**
- 6. בדיקות רפואיות אבחנתיות:**  
השתתפות בהוצאות בדיקות אבחנה לצורך אבחון מחלה או קביעת דרכי טיפול אצל המבוטח עד תקרה כאמור להלן למבוטח. השתתפות המבוטח בבדיקות אבחנתיות עד 2,000 ש"ח לשנת ביטוח השתתפות המבוטח בבדיקות הדמיה עד 4,000 ש"ח לשנת ביטוח, ובכל מקרה בכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בגובה 20% מעלות הבדיקה.
- 7. טיפולים רדיותרפיים וכימותרפיים:**  
כיסוי עד לתקרה של 10,000 ש"ח למבוטח לשנת ביטוח. ולא יותר מ-30,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח בכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.
- 8. בדיקות לרפואה מונעת:**  
למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות עצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, עד 280 ש"ח לבדיקה, אחת ל-3 שנים (לכל בדיקה).
- 9. בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים:**  
מוטב אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות לגידולים ממאירים באמצעות מעבדות "ONCOTEST", עד 4,000 ש"ח למקרה ביטוח.
- 10. חוות דעת רפואית שניה בחו"ל:**  
מוטב יהא זכאי לחוות דעת בחו"ל, באמצעות נותני שירות שבהסכם עם החברה, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה, כמוגדר לעיל, עד 4,000 ש"ח למקרה ביטוח.
- 11. הגבלות לאחריות החברה:**  
**השירותים המפורטים בפרק זה יינתנו אך ורק בישראל.**
- 12. תקופת אכשרה:**  
**לפרק זה תקופת אכשרה בת 60 יום.**

# פרק ח' –

## כתב שירות – שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

### 1. הגדרות

- בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות הנתונה להם לצדם:
- 1.1 **"ביקורופא"** - חברת ביקורופא בע"מ.
  - 1.2 **"חברת הביטוח"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
  - 1.3 **"פוליסת הביטוח"** - פוליסת ביטוח בריאות של חברת הביטוח, הכוללת כתב שירות לשירותי רפואה משלימה.
  - 1.4 **"מוטב"** - עובד פעיל אצל המבוטח ו/או בן או בת זוג 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"** - מוטב הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
  - 1.6 **"נותן השירות"** - נותן שירות באחד מתחומי רפואה משלימה המפורטים להלן.
  - 1.7 **"מרפאות הסדר"** - מרפאות של נותני השירות, אשר ביקורופא התקשרה עמן בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה. רשימת מרפאות ההסדר תעודכן מעת לעת.
  - 1.8 **"מוקד השירות"** - מוקד טלפוני ארצי, המופעל בקו טלפון מס' **800-260-660-1**.
  - 1.9 **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית סטטיסטית.
  - 1.10 **"מדד הבסיס"** - מדד 12134 אשר פורסם ביום 15.12.2012.
  - 1.11 **"המועד הקובע"** - מועד תחילת תקופת הביטוח על פי פוליסת הביטוח, הנקוב בדף פרטי הביטוח.

### 2. השירות

- 2.1 מנוי, אשר לפי אבחנת הרופא המטפל בו (שהינו בעל רישיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל) מצב בריאותו השתנה לרעה לעומת מצבו במועד הקובע, ואשר קיבל הפניה בכתב לקבלת טיפול באמצעות רפואה משלימה מהרופא המטפל הנ"ל, או לפי הענין הפניה ליעוץ דיאטטי, יהיה זכאי לקבל את השירותים המפורטים להלן על ידי נותן השירות הרלוונטי במרפאת ההסדר, וזאת לפי הפניה של מוקד השירות וכנגד המצאת הפניה האמורה של הרופא המטפל (במקור) למוקד, הכל בהתאם ובכפוף לאמור בכתב שירות זה.
- 2.2 המנוי יהא זכאי לקבל שירותי רפואה משלימה כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד (להלן - **"השירותים"**):

- 2.2.1 אקופונקטורה - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 2.2.2 רפלקסולוגיה - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
- 2.2.3 שיאצו - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת אנרגיה בגוף.
- 2.2.4 אוסטיאופתיה - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 2.2.5 כירופרקטיקה - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 2.2.6 הומאופתיה - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- 2.2.7 פלדנקרייז - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 2.2.8 ביו-פידבק - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 2.2.9 נטרופתיה - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 2.2.10 ייעוץ דיאטטי - התאמה אישית של תזונה למנוי.
- 2.3 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

### 3. היקף השירות

- 3.1 במסגרת כתב שירות זה יהיה המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות הרלוונטי, ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות, במידה והמליץ, הכול לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות, ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של הפונה בגדר מנוי, הזכאי לקבל את השירותים בהתאם לכתב שירות זה.
- 3.2 בכל מקרה, סידרת הטיפולים לה יהיה זכאי המנוי כאמור בסעיף 3.1 לעיל תכלול עד 16 (ששה עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת (ולמען הסר ספק מובהר, כי פגישת הייעוץ נכללת במניין 16 הטיפולים), בין אם הטיפולים יינתנו על ידי נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.
- 3.3 השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיו"ב).
- 3.4 השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרזיה או בעיות השמנת יתר אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב לכך על ידי הרופא המטפל במנוי, הקובעת כי קבלת השירות הינה צורך רפואי ברור.
- 3.5 השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.

- 4.1 נזקק המנוי לשרות כאמור בכתב שרות זה, יפנה טלפונית למוקד לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' תעודת הזהות שלו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבוטח. מובהר, כי המצאת מכתב הפניה של הרופא המטפל כאמור בסעיף 2.1 לעיל מהווה תנאי מוקדם להפניית המנוי על ידי מוקד השירות לנותן השירות הרלוונטי.
- 4.2 המנוי יהיה זכאי לבחור את מרפאת ההסדר בה יקבל את השירות מתוך רשימת מרפאות ההסדר כפי שתהיה בתוקף במועד פנייתו.
- 4.3 השירות על פי כתב שרות זה יינתן בשעות הפעילות הרגילות של מרפאות ההסדר ולפי לוח העבודה של מרפאות ההסדר. פגישת הייעוץ הראשונה תתואם על ידי מוקד השירות. המועד המדויק של יתרת סידרת הטיפולים יתואם ישירות בין המנוי לבין מרפאת ההסדר בה נערכה פגישת הייעוץ.
- 4.4 השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 4.5 השירות יינתן במרפאת הסדר על פי הפנית מוקד השירות כאמור לעיל, כאשר על המנוי יהיה להגיע למרפאת ההסדר בעצמו ועל חשבונו.
- 4.6 עם תום מתן השירות יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי נותן השירות נתן את השירות.
- 4.7 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד על ביטול פנייתו, גם אם מסר על ביטול הפנייה למרפאת ההסדר.
- 4.8 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 למונעו.
- 4.9 מחויבותה של ביקורופא כלפי המנוי בטיפול בפנייה של מנוי לקבלת השירות תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן:
- 4.9.1 הפניית המנוי למרפאת הסדר.
- 4.9.2 ביטול הפנייה לקבלת השירות ע"י הודעת המנוי למוקד.
- 4.10 האחריות בגין איכות השירות ו/או בגין רשלנות מקצועית תחול על נותן השירות הרלוונטי בלבד וביקורופא לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 4.10.1 איכות הטיפול נשוא כתב שירות זה.
- 4.10.2 רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.
- 4.10.3 הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 4.11 מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל מובהר, כי נותן השירות שייתן בפועל את השירות, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן השירות, אם בשל מעשה ו/או בשל

מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ביקורופא ו/או חברת הביטוח אינן המעסיקות של נותני השירות והן לא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.

4.12 במקרים חריגים בלבד, תהא ביקורופא רשאית, לפי שיקול דעתה המלא והבלעדי, לאשר את בקשת המנוי לקבל את השירות במרפאה שאינה נכללת במרפאות ההסדר, ואולם מובהר בזאת כי:

4.12.1 האחריות לתיאום ולביצוע הטיפולים יהיו על המנוי בלבד.

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

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

4.12.4 המנוי יהא זכאי לקבל מביקורופא החזר חלקי בהתאם ובכפוף לאמור בסעיף 5.2 להלן.

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

## **5. השתתפות עצמית**

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

במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, תהא ביקורופא זכאית להפסיק ליתן את השירות למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

5.2 במקרים חריגים בהם אישרה ביקורופא קבלת שרות שלא במסגרת מרפאת הסדר כאמור בסעיף 4.12, ישלם המנוי ישירות למרפאה שנתנה בפועל את השירות את מלוא הסכום שיידרש על ידה, וביקורופא תחזיר לו כנגד המצאת הקבלה המקורית סכום השווה ל- 50% (חמישים אחוזים) מהתשלום הנ"ל, אך לא יותר מ- 150 ₪ (מאה וחמישים ₪).

5.3 הסכומים הנ"ל צמודים למדד ממדד הבסיס.

## **6. תקופת תוקפו של כתב השירות**

6.1 בכפוף לאמור בסעיפים 6.1 ו- 6.3 - 6.5 להלן, תוקף כתב השירות יהיה עד תום 12 חודשים ממועד תחילת תוקפה של פוליסת הביטוח, והוא יחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 12 חודשים כל אחת, ללא צורך בהצהרת בריאות, או בדיקה רפואית, יהא מצבו הרפואי של המנוי אשר יהא, אלא אם כן יוחלט על ידי המנוי ו/או חברת הביטוח שלא לחדשו.

6.2 כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח ו/או אם המנוי לא ישלם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השירותים.

- 6.3 הודיעה חברת הביטוח לביקורופא, כי פוליסת הביטוח בוטלה או שהסתיימה תקופת תוקפה, יסתיים באופן אוטומטי גם כתב שירות זה, וזאת ללא כל הודעה של ביקורופא למנוי.
- 6.4 במקרה של ביטול ההסכם שבין חברת הביטוח לביקורופא בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה, תהא ביקורופא רשאית לבטל את מתן השירותים על פי כתב שירות זה מיידית מבלי שתהא מחויבת ליתן הודעה כלשהי למנוי בקשר לכך.
- 6.5 מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על פי כתב שירות זה לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד לקבלת השירות לפני תום תקופת תוקפו, אך טרם קיבל את השירות בפועל, ולרבות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת הטיפולים נשוא כתב השירות לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את סידרת הטיפולים שהומלצה לו על ידי נתן השירות.



# דף הרשימה

תקופת הביטוח: 36 חודשים.

מועד תחילת הביטוח: 01.01.2013.

המדד היסודי: המדד שפורסם ב- 15.12.2012 והינו 12134 נקודות.

## פרמיה חודשית ב- ש"ע על פי מסלול ניתוחים מלא:

עובד / בת זוג - 50.00 ש"ע.  
ילד עד גיל 25 - 20.00 ש"ע (בהתייחס לילדים עד גיל 25 - החל מילד שלישי ואילך במשפחה - חינם).  
ילד מעל גיל 25 - 50.00 ש"ע.

## פרמיה חודשית ב- ש"ע על פי מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן:

עובד / בת זוג - 41.00 ש"ע.  
ילד עד גיל 25 - 16.00 ש"ע (בהתייחס לילדים עד גיל 25 - החל מילד שלישי ואילך במשפחה - חינם).  
ילד מעל גיל 25 - 41.00 ש"ע.

## אופן התשלום:

רובד א'	
מרוכז ע"י מעסיק (העובד משלם שווי מס בניכוי משכרו)	עובד
מרוכז ע"י מעסיק (במימון העובד-ניכוי משכר)	בן/בת זוג
מרוכז ע"י מעסיק (במימון העובד-ניכוי משכר)	ילד
מרוכז ע"י מעסיק (במימון העובד-ניכוי משכר)	מי שהפך לילד בוגר בתקופת ההסכם
אמצעי גבייה אישי	מי שהצטרף כילד בוגר ו/או בני משפחתו

# איך לנהוג בעת תביעה?

**בהיוודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי הביטוח הרפואי, ראשית עליך לפנות לסוכנות הביטוח דורביט לצורך הכוונה וסיוע בעת הגשת תביעה**

## **מה לעשות כשצריך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל?**

עם היוודע הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד בחו"ל, יש לפנות לסוכנות דורביט או להראל חברה לביטוח כדי שידריכו אותך בתהליך הגשת התביעה במקרה השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.

**להזמנת רופא לביקור ביתי 24 שעות ביממה ו/או ליעוץ וסיוע פסיכולוגי ו/או לעזרה ראשונה בטיפולי שיניים ו/או לשירותי מעבדה עד הבית ו/או לשירותי רפואה משלימה, יש להתקשר למוקד חברת ביקורופא: 1-800-260-660.**

## **מה לעשות כשצריך ניתוח – למבוטחים שרכשו את המסלול ללא תלות בשב"ן?**

בכל מקרה של צורך בניתוח, יש לפנות לסוכנות דורביט או להראל חברה לביטוח כדי לקבל את מלוא העזרה והיעוץ הדרושים בדבר תהליך הגשת התביעה.

## **מה לעשות כשצריך לבצע ניתוח באופן דחוף?**

במקרה של ניתוח דחוף הינך מתבקש/ת להודיע לביה"ח ולמנתח כי הנך מבוטח/ת בביטוח רפואי בהראל.

בהזדמנות הראשונה יש להודיע לסוכנות דורביט או להראל חברה לביטוח על הניתוח ולהעביר את כל המידע הרפואי בצרוף **הקבלות המקוריות** על התשלומים ששילמת.

## **למבוטחים בעלי ביטוח משלים שרכשו את הכיסוי משלים שב"ן**

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

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

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

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

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

### **ייתכנו 3 תגובות אפשריות של הביטוח המשלים בקופ"ח -**

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

**אישור במסגרת הסכמי השב"ן** - אישור התביעה ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח והכרה בניתוח המבוצע ע"י רופא הסכם של הביטוח המשלים, בבי"ח המצוי בהסכם עם הביטוח המשלים.

במקרה כזה יקבל המבוטח מן הביטוח המשלים בקופ"ח התחייבויות לביצוע הניתוח.

בחלק מן הביטוחים המשלימים (מכבי, לאומית) לא יידרש המבוטח לכל תשלום נוסף, ובביטוחים האחרים (כללית, מאוחדת) יידרש המבוטח לשלם השתתפות עצמית לצורך ביצוע הניתוח, והחזר עבור תשלום זה הוא יקבל במסגרת תכנית הביטוח לבעלי שב"ן, כנגד הצגת קבלה מקורית, סיכום ניתוח וטופס תביעה כרגיל.

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

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

יש להדגיש כי גם במקרה כזה חשוב וחיוני לפנות מראש אל סוכנות דורביט בטלפונים הרשומים מטה כדי לתאם ביצוע הניתוח ולקבל הדרכה.

## רשימת נותני שירות דורביט – אגם

שם	תפקיד	מחלקה	טלפון	כתובת מייל
יגאל יפה	מנהל מח' בריאות	הנהלה	03-7131306	igal@dorbit.co.il
שרית נבון	מנהלת תיק לקוח	שיווק	03-7131311 054-6208263	sarit.navon@dorbit.co.il
רינת שרעבי	ראש צוות תביעות	תביעות	03-7131301	rinat@dorbit.co.il
כרמית מזעקי	מיישבת תביעות בכירה	תביעות	03-7131302	carmit@dorbit.co.il
אפרת קרן	מיישבת תביעות הריון	תביעות	03-7131307	efrat.keren@dorbit.co.il
ריטה קומרוב	מיישבת תביעות	תביעות	03-7131305	rita.komarov@dorbit.co.il
מיכל אדרי	רכזת תפעול ושירות	תפעול	03-7131304	michal.edri@dorbit.co.il
רחלה	טיפול בפורש	מכירות	03-7131313 שלוחה "ס"	rachel.k@dorbit.co.il

### הפניית עובדים לקבלת שירות

**תביעות** – אמבולטורי או ניתוחים – **רינת, כרמית, ריטה.**

**תביעות הריון – אפרת קרן.**

**תפעול** – צירופים, בירורים לגבי מבוסחים, טיפול ברצף ביטוחי, גריעה מביטוח, הוספת בן משפחה חדש – **מיכל אדרי.**

**טיפול בפורשים** – המשכיות ביטוח במקרה עזיבת עבודה או פרישה לגמלאות – **רחלה.**

**מנהל תיק** – לכל שאלה או התייעצות בנוגע לביטוח, השוואה בין פוליסות, הסברים לעובדים חדשים ועוד... – **שרית נבון.**

### מוקד שירות לקוחות הראל

**1-800-44-5000**

### מוקד חברת ביקורופא

להזמנת רופא לביקור ביתי 24 שעות ביממה ו/או ליעוץ וסיוע פסיכולוגי ו/או

לעזרה ראשונה בטיפול שיניים

ו/או לשירותי מעבדה עד הבית ו/או לשירותי רפואה משלימה

**1-800-260-660**