



ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי נמל אשדוד ובני משפחותיהם

נובמבר 2025

עובדים יקרים,

החברה מייחסת חשיבות רבה לרווחת עובדיה ולשמירה על בריאותם.

לאחר השקעה רבה ועבודה מקיפה שערכנו בנושא, אנו שמחים לעדכן על חידוש פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית ל-5 שנים נוספות החל מ-1/11/2025, עבורכם ועבור בני משפחותיכם, המהווה רשת בטחון בשמירה על בריאותכם.

תכנית הביטוח הינה מקיפה ואטרקטיבית, עומדת בחזית הביטוחים הרפואיים בארץ ומעניקה כיסוי ביטוחי לצרכים רפואיים חשובים ביותר, אשר אינם מקבלים מענה מלא בחוק ביטוח בריאות ממלכתי או ב"ביטוח המשלים" של קופות החולים, ביניהם: השתלות, טיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וכיסוי לניתוחים בחו"ל.

לכיסויים בפוליסה נוסף כיסוי להשתתפות בהוצאות טיפולי שיניים.

חברת הביטוח הינה חברת "הראל".

"מדנס סוכנות לביטוח" תמשיך להעניק שירות לעובדים ובני משפחותיהם המבוטחים בפוליסה.

אנו מפנים אתכם לחלון הצטרפויות שנפתח עבור עובדים שלא הצטרפו עד כה לביטוח או שלא צירפו קרובי משפחה ללא הצהרת בריאות.

על מנת להצטרף לרובד הבסיס ולצרף את בני המשפחה ו/או להרחיב את תכנית הביטוח שלכם יש לפנות לסוכנות הביטוח מדנס.

בחוברת זו תוכלו למצוא ריכוז פרטים כללים על הפוליסה ופירוט הכיסויים הביטוחיים על פי תקנות גילוי נאות.

אנו סמוכים ובטוחים כי הכיסוי הביטוחי המוצע ייתן לכם ולבני משפחותיכם מענה נרחב ומאחלים לכולנו בריאות טובה.

בברכה,

יהודה אלמוג,

ראש מדור פרט ושכר

מחלקת משאבי אנוש ומינהל

חטיבת הון אנושי

תוכן עניינים

4	גילוי נאות
25	פרק מבוא - הגדרות ותנאים כלליים
44	רובד בסיס
44	פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
50	פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות
54	פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
59	פרק ד': כיסוי להתייעצויות ובדיקות והוצאות רפואיות/ אמבולטורי מצומצם
65	רובד בסיס מורחב
65	פרק ה': השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים
72	מפרט הטיפולים המכוסים בפוליסה - צרופה א' לפרק ה' לפוליסה
72	פרק א': טיפולים משמרים
79	פרק ב': שיקום הפה ושתלים
82	לוח תגמולי הביטוח - צרופה ב' לפרק ה' לפוליסה
82	טיפולים משמרים
87	טיפולים לשיקום הפה ושתלים
88	רובד הרחבה
88	פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון
92	פרק ז': ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל - ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית לבעלי שב"ן בקופת חולים
97	פרק ח': בדיקות וכיסויים נוספים
103	פרק ט': כתב שירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

גילוי נאות

כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il	כתובת למשלוח דואר אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202	כתובת הדואר האלקטרוני בריאות: טלפון: *2735 פקס: 037348178 שיניים: טלפון: 1-700-703-072 פקס: 03-7348102	בריאות: טלפון: *2735 פקס: 037348178 שיניים: טלפון: 1-700-703-072 פקס: 03-7348102
--	--	---	---

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי נמל אשדוד ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי נמל אשדוד ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	רובד בסיס: השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות מחוץ לסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל, כיסוי להתייעצויות ובדיקות והוצאות רפואיות/ אמבולטורי מצומצם. רובד בסיס מורחב: השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים. רובד הרחבה: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מ"שקל ראשון" או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית, בדיקות וכיסויים נוספים, כתב שירות-שירותי רפואה משלימה. *בהתאם לרבדים שנרכשו ע"י המבוטח
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.11.2025 ועד ליום 31.10.2030.

תמצית פרטי הפוליסה	
רובד בסיס השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהייה, קצבה חודשית למועמד להשתלה וגמלת החלמה על פי תנאי הפוליסה. תרופות מחוץ לסל הבריאות כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות למצבו הרפואי של המבוטח בגין התוויה וכל זאת על פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כמו כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה כמפורט בפרק זה ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן. כיסוי להתייעצויות ובדיקות והוצאות רפואיות/ אמבולטורי מצומצם החזר עבור ייעוץ ו/או אבחון רפואי והחזר בגין הוצאות רפואיות מיוחדות בעת גילוי מחלה קשה. רובד בסיס מורחב השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים כיסוי עבור טיפול שיניים משמר וטיפולים בשיקום הפה ושתלים. רובד הרחבה ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. כתב השירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית) אפשרות לבצע טיפולים מתחום הרפואה המשלימה - כגון שיאצו, רפלקסולוגיה, על פי הרשימה המצוינת בכתב השירות. מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לבצע 12 טיפולים בשנת ביטוח. השירות ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.	תיאור הביטוח

תמצית פרטי הפוליסה	
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה) באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, ביתר המקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כלליים לפוליסה - סעיף 22. פרק א': השתללות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל - סעיף 5. פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות - סעיף 4. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - סעיף 6. פרק ה': השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים - סעיף 9. פרק א': טיפולים משמרים - סעיף ג'. פרק ב': שיקום הפה ושתלים - סעיף ג'. פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון - סעיף 4. פרק ז': כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן - סעיף 6. פרק ט': כתב שירות - שירותי רפואה משלימה - סעיף 7. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.	
פרק א': השתללות, סעיף 4.3.5 - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪ (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית). סעיף 4.3.6 - פיצוי בסך 350,000 ₪ למבוטח אשר נזקק לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה ולא קיבלת השתתפות מהחברה (למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי). פרק ג': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - פיצוי בסך 150,000 ₪ במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח. פרק ח': בדיקות וכיסויים נוספים, סעיף 3.17 - פיצוי יומי בסך 467 ₪ ועד 10 ימים עבור אשפוז שלא כתוצאה מניתוח.	גובה הפיצוי הכספי שאקבל
פרק ג': ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - תקופת אכשרה של 90 ימים. פרק ד': כיסוי להתייעצויות ובדיקות והוצאות רפואיות/ אמבולטורי מצומצם - תקופת אכשרה של 90 ימים עבור החזר בגין הוצאות רפואיות מיוחדות (שיפוי בגין גילוי מחלה קשה). פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון, תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים. פרק ז': כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן, תקופת אכשרה של 90 ימים. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים. פרק ח': בדיקות וכיסויים נוספים, תקופת אכשרה של 90 ימים, למעט הכיסויים הכלולים בפרקים: התפתחות הילד והריון ולידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום פרק ט': כתב שירות- שירותי רפואה משלימה, תקופת אכשרה של 90 ימים.	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹

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

תמצית פרטי הפוליסה	
השתתפות עצמית פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות, השתתפות עצמית של 150 ₪ לתרופה לחודש ועד 300 ₪ לכל המרשמים לאותו החודש. לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 שקלים חדשים ו/או עבור תרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן. פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - 20% מההוצאה בפועל עבור הוצאות שיקום בישראל עקב ניתוח מורכב, כמפורט בסעיף <u>4.2.6.3</u>. פרק ד': כיסוי להתייעצויות ובדיקות והוצאות רפואיות/ אמבולטורי מצומצם, השתתפות עצמית של 20%. פרק ח': בדיקות וכיסויים נוספים, השתתפות עצמית של 20%. בגין טיפולים אונקולוגיים, חדר מלח, הזרקת חומרי סיכוך למפרקים, אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP, טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חולייתיים ורקמות רכות, לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ, הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא, הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי, הזרקות לטיפול בהזעת יתר, הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית - ללא השתתפות עצמית. בגין בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות, טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים, אחות פרטית - השתתפות עצמית של 15%. בדין מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב, שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול, טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה, מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל - השתתפות עצמית של 25%. פרק ט': כתב שירות - שירותי רפואה משלימה, השתתפות עצמית כמפורט בפרק.	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.	

תמצית פרטי הפוליסה			עלות הביטוח
רובד בסיס			
מבטוח	רובד בסיס (פרקים א'-ד')	רובד בסיס מורחב (פרק ה')	
עובד/ת	105.55 ₪ רובד בסיס - 65.55 ₪ רובד בסיס מורחב - 40 ₪		
בן זוג / ילד בוגר / חתן כלה	82.16 ₪	48.00 ₪	
ילד / נכד *	17.02 ₪	25.00 ₪ *	
* ילד /נכד עד גיל 3 שנים ברובד בסיס מורחב- חינוך.			
רובד הרחבה			
מבטוח לפי גיל	רובד הרחבה (פרקים ו', ז' ו-ח')		
	רופא בהסכם	מסלול שב"ן	
ילד/נכד עד 25, בוגר עד 20	51.64 ₪	49.29 ₪	
21-40	109.15 ₪	105.63 ₪	
41-50	129.10 ₪	124.41 ₪	
51-60	170.18 ₪	161.97 ₪	
60 ומעלה	269.95 ₪	246.47 ₪	
* ילד/נכד - עד גיל 25. ילד שלישי ואילך יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח בפוליסה הכוללת לפחות הורה בגיר אחד ושני ילדים (מתחת לגיל 25). יובהר, פטור מתשלום הפרמיה בגין ילד שלישי לא יחול על ילדים בוגרים מגיל 25 ואילך.			
**גורם משלם ואופן התשלום:			
עובד ברובד בסיס ורובד בסיס מורחב - במימון המעסיק ובמרוכז, למעט גילום מס.			
עובד ברובד ההרחבה - במימון העובד באמצעות גבייה מרוכזת מהשכר ובמקרים שלא ניתן באמצעי גבייה אישי.			
בני משפחה ברובד בסיס וברובד בסיס מורחב ו/או ההרחבה - במימון העובד באמצעות גבייה מרוכזת מהשכר ובמקרים שלא ניתן באמצעי גבייה אישי.			
הפרמיה בגין כיסוי "כתב שירות רפואה משלימה" מתוך כלל הפרמיה הינה 7 ₪ לילד ו-12 ₪ לבוגר.			
דמי הביטוח בפוליסה ייקבעו לפי גיל המבטוח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבטוח. גיל המבטוח לצורך חישוב דמי הביטוח, ייקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבטוח כאילו חל בראשון בחודש יום הולדתו (לדוגמא: מבטוח שיגיע לגיל 40 ביום 10.1.2023, יראו את ה-1.1.2023 כמועד הגיעו לגיל 40).			
באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון כנס למחשבון.			
מחיר הביטוח וציוניו מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם ביום 15.10.2025.			
לאחר 30 חודשים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.			
			שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
רובד בסיס			
השתלול וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל	השתלה לפי סעיף 1.1.1 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד שחלה ומעי וכל שילוב ביניהם, או השתלה של מח עצם מתורם אחר, שנלקחו מגופו של אדם אחר. השתלה לפי סעיף 1.1.2 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם שנלקח מבעלי חיים. השתלה לפי סעיף 1.1.3 - השתלת מח עצם / או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, דיאליזה, הטסה רפואית טיפולי המשך ועוד.	סעיף 3.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם להוצאות המפורטות בסעיף 4.1 ושיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2. סעיף 3.2 - למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם עבור ההוצאות המפורטות - עד לסך של 5,000,000 ₪ וכן כיסוי עד לתקרה להוצאות נוספות כגון: סעיף 4.2.1 - הוצאות בדיקות לאיתור מח עצם, עד 300,000 ₪ סעיף 4.2.2 - הוצאות בשל הערכה רפואית - עד 200,000 ₪ סעיף 4.2.3 - הוצאות טיפולים רפואיים מחוץ לישראל לרבות דיאליזה - עד 250,000 ₪. סעיף 4.2.4 - הטסה רפואית עד 100,000 ₪. אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא. סעיף 4.3.1 - קצבה חודשית למועמד להשתלה כמפורט בתוכנית. סעיף 4.3.5 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו, למעט השתלת מח עצם עצמית.	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.3 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 3.3-3.4 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.2.2 עד 4.2.7 או עד לסך של 1,000,000 ₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם, עבור ההוצאות המפורטות.	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 4.3.3 - גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל	סעיף 4.3.3 - סכום חודשי בסך 7,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים. לאחר השתלת קרנית, יהא המבוטח זכאי לתשלום גמלה בסך 4,000 ₪ למשך 3 חודשים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

תרופות מחוץ לסל הבריאות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופה שהינה אחת או יותר מהתרופות להלן: תרופה שאיננה כלולה ושהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח. תרופה הכלולה בסל שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפות במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. תרופות OFF LABAL תרופות יתום כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ₪. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	עבור תרופות על פי סעיפים 2.1.1-2.1.5 לפרק זה - 150 ₪ לתרופה ועד 300 ₪ לכל המרשמים לאותו החודש, למעט בגין תרופה שעלותה החודשית עולה על סכום של 5,000 ₪ ו/או עבור תרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן שבהן לא תחול השתתפות עצמית.
תרופה מיוחדת	סעיף 2.1.5 - תרופה מיוחדת	סכום ביטוח מירבי בשל כל מקרי הביטוח על פי סעיף זה הנו עד לסך של 1,000,000 ₪. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	עבור תרופות על פי סעיף 2.1.5 - 150 ₪ לתרופה ועד 300 ₪ לכל המרשמים לאותו החודש, למעט בגין תרופה שעלותה החודשית עולה על סכום של 5,000 ₪ ו/או עבור תרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן שבהן לא תחול השתתפות עצמית.
בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	סעיף 2.2 - ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	סעיף 3.3 - עד 80% מההוצאות ולא עד יותר מ-40,000 ₪ עבור כל מקרה ביטוח. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	20% מההוצאות
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.4 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי או שירות רפואי הכרוך בנטילת תרופה המכוסה בהגדרת מקרה הביטוח	עד לסך של 200 ₪ ליום ועד לתקופה שלא תעלה על 60 ימים.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל או בטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל	סעיף 3 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, עד לתקרה של 40 ימים, כולל הוצאות חדר ניתוח, שכר הרופא המנתח, עלות הטסת גופה, שתל שהושתל במהלך ניתוח ועוד.	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן שיפוי עד 250% או 350,000 ₪, הגבוה מביניהם מעלות אותו הניתוח בישראל. הכיסוי כולל החזר הוצאות עבור שתל - עד 60,000 ₪.
התייעצות בקשר לניתוח	סעיף 4.2.1-4.2.2 לפרק - שתי התייעצויות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל והתייעצות אחת עם מומחה מחוץ לישראל	עד לסך של 1,200 ₪ לכל התייעצות עם רופא מומחה בישראל ועד 10,000 ₪ עבור התייעצות עם רופא מומחה מחוץ לישראל.
הבאת מומחה רפואי לישראל	סעיף 4.2.4 לפרק - הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל	עד 200,000 ₪
הוצאות בשל ניתוח מורכב, שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים ברצף לפחות.	סעיף 4.2.6 לפרק - במקרה של אשפוז בשל ניתוח מורכב יינתן כיסוי בגין הוצאות שהייה מחוץ לישראל, המשך מעקב רפואי מחוץ לישראל עקב הניתוח והוצאות עבור מוסד החלמה.	אחות פרטית - עד 8 ימים, מתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח ועד 600 ₪ ליום. הוצאות החלמה - עד 10 ימים תוך 6 חודשים ממועד הניתוח, ועד לסך של 800 ₪ ליום. המשך מעקב רפואי בחו"ל - תוך 90 יום מהניתוח ועד לסך של 100,000 ₪. עד 16 טיפולי שיקום שיבוצעו בישראל תוך 90 יום מהניתוח, ועד לסך של 250 ₪ לטיפול ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות הטיפול.
מוות כתוצאה מניתוח	סעיף 4.2.7 לפרק - פיצוי חד פעמי בגין מוות כתוצאה מניתוח במהלך 14 ימים מיום הניתוח.	פיצוי חד פעמי בסך 150,000 ₪.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 3.1.3 בפרק - הוצאות (כמפורט בסעיף) בגין טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל	כיסוי עבור ההוצאות המפורטות בתכנית ועד 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

כיסוי להתייעצויות ובדיקות והוצאות רפואיות/ אמבולטורי מצומצם				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי	כיסוי עד ל-1,168 ₪ להתייעצות ועד סה"כ 3 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 3.2 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 5,840 ₪ לבדיקה ועד 9,345 ₪ עבור כל הבדיקות למבוטח לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
חוות דעת רפואית שניה לבדיקת חלופות טיפוליות בארץ או בחו"ל	סעיף 3.3 לפרק - החזר בגין חוות דעת בחו"ל, באמצעות נותני שירות שבהסכם עם החברה, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה.	כיסוי עד 7,592 ₪ למקרה ביטוח.		20% מההוצאה בפועל

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

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
החזר בגין הוצאות רפואיות מיוחדות (שיפוי בגין גילוי מחלה קשה)	סעיף 4: אי ספיקת כליות סופנית, טרשת נפוצה, תרדמת, מחלת כבד סופנית (שחמת), אי ספיקת כבד פולמינונטית, מחלת ריאות חסימתית כרונית, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, צפדת (טטנוס), אוטם חריף בשריר הלב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, ניתוח מעקפי לב, שבץ מוחי, קרדיומיופטיה, סרטן, אנמיה אפלסטית חמורה, גידול שפיר של המוח, חירשות, עיוורון, פוליו, שיתוק, כוויות קשות, אילמות, אובדן דיבור, פרקינסון, השתלת איברים, עמילואידוזיס ראשונית, ניוון שרירים מסוג ALS, פגיעה מוחית מתאונה, דלקת חיידקית של קרום המוח, דלקת מוח, איבוד גפיים, תשישות נפש.	החזר עד 11,680 ₪ עבור הוצאות שהוצאו במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח וסכום יתחדש לאחר 30 חודשים מיום תחילת הביטוח.	סעיף 4.5 - 90 יום.	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

תיאור הכיסויים בפוליסה				
הסכומים שבטבלה להלן נכונים ליום 1.11.2025 לפי מדד ספטמבר 2025 שפורסם ביום 15.10.2025.				
טיפולים משמרים				
קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D0120000	הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר	שתי בדיקות לשנת ביטוח.	93.00	58.00
D0150000	הערכה מקיפה של הפה - מטופל חדש/ מוכר		93.00	58.00
D0210000	צילום סטטוס מלא או לחילופין	צילום אחד לשלוש שנים.	116.00	58.00
D0210020	צילום סטטוס מקבילות מלא או לחילופין		116.00	58.00
D0330000	צילום פנורמי		116.00	58.00
D0240000	צילום אוקולזלי	שני צילומים לתקופת ביטוח.	23.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.
D0272000	צילום נשך - שני צילומים	שני צילומים לשנת ביטוח.	23.00	6.00
D0220000	צילום פריאפיקלי	שני צילומים לשנת ביטוח.	23.00	6.00
D1110000	טיפול מונע - מבוגר. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן קבוע ומשנן מעבר	שתי ישיבות הסרת אבנית לשנת ביטוח, בהפרש של חצי שנה בין ישיבה לישיבה.	120.00	50.00
D1120000	טיפול מונע - ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן ראשוני ומשנן מתחלף			
D1208000	הנחה מקומית של ג'ל פלואוריד	שתי ישיבות בשנת ביטוח, בהפרש של 6 חודשים בין טיפול לטיפול, לילדים עד גיל 16 שנים.	81.00	58.00

קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D1351000	איטום חריצים, לשן	לילדים עד גיל 16 שנים, אחד לכל רבע פה לשנה - שן אחת לכל רבע פה.	93.00	58.00
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח.	174.00	58.00
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	עקירה למטרת יישור שיניים, אחת לתקופת ביטוח. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	174.00	58.00
D7140010	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן שניה באותה ישיבה	עקירה רגילה / כירורגית, אחת לשן בתקופת ביטוח.	116.00	58.00
D7111000	עקירת שארית כותרתית- שן נשירה	עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח.	116.00	58.00
D7210000	עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה	עקירה אחת לשן בתקופת הביטוח.**	231.00	58.00
D7220000	עקירה כירורגית - שן כלואה ברקמה רכה	עקירה אחת לשן בתקופת הביטוח.**	231.00	58.00
D7240000	עקירה כירורגית - שן כלואה במלואה ברקמה קשה			
D9930000	טיפול בסיבוכים, לאחר ניתוח, כגון מכתשית יבשה		116.00	58.00
D3410000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן קדמית, כולל סתימה רטרוגרדית	אחד לשן לתקופת ביטוח.	340.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.
D3421000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן מלתעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית			
D3425000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי, שן טוחנת, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית			

קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D7510000	חיתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה	אחד לשן לתקופת ביטוח.	230.0	58.00
D3920000	המיסקציה	אחד לשן לתקופת ביטוח.	289.00	58.00
D3220000	קטוע מוך שן נשירה או קבועה, לא כולל סתימה סופית	אחד לשן לתקופת ביטוח.	116.00	58.00
D3310000	טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי	טיפול שורש אחד לשן לתקופת ביטוח.**	350.00	81.00
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		תעלה אחת - 350.00	תעלה אחת - 81.00
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		שתי תעלות - 470.00	שתי תעלות - 81.00
D3330000	טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי		580.00	81.00
D3339000	טיפול שורש - 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי		700.00	81.00
D3346000	חידוש טיפול שורש - שן קדמית		400.00	81.00
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה	חידוש טיפול שורש אחד לשן לתקופת ביטוח ** יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	תעלה אחת - 400.00	תעלה אחת - 81.00
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה		שתי תעלות - 520.00	שתי תעלות - 81.00
D3348000	חידוש טיפול שורש - שן טוחנת		600.00	81.00
D3349000	חידוש טיפול שורש - 4 תעלות		750.00	81.00

קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D2140000	שחזור אמלגם משטח 1, משנן ראשוני או קבוע	סתימה אחת לשן בשנה.	180.00	58.00
D2150000	שחזור אמלגם - 2 משטחים, משנן ראשוני או קבוע			
D2160000	שחזור אמלגם - 3 משטחים, משנן ראשוני או קבוע			
D2161000	שחזור אמלגם - 4 משטחים, משנן ראשוני או קבוע			
D2330000	שחזור מרכב על בסיס שרף / אקריל-משטח 1, קדמי	שתי סתימות לכל שן בשנה בשיניים קדמיות 13-23, ו-33 43 לרבות בשיני חלב.	180.00	81.00
D2331000	שחזור מרכב על בסיס שרף / אקריל-2 משטחים, קדמי			
D2332000	שחזור מרכב על בסיס שרף / אקריל-3 משטחים, קדמי			
D2335010	שחזור מרכב על בסיס שרף / אקריל-4 שטחים או יותר, קדמי			
D2951000	אחיזת פינים - לכל שן, בנוסף לשחזור		35.00	11.57
D2930000	כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשירה	כתר טרומי אחד לשן לתקופת ביטוח, לילדים עד גיל 16 שנים.	116.00	57.83
D2931000	כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן קבועה			
D9110000	עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים	עזרה ראשונה בימי חול, פעמיים בשנת ביטוח.	116.00	57.83
		עזרה ראשונה בלילה בשעות 20:00 ועד 08:00 למחרת ו/או בימי חג ושבת ו/או בחו"ל.	230.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.

קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D1510000	שומר מקום קבוע, חד צדדי	אחד ללסת לתקופת ביטוח.	350.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.
D7980000	הוצאת אבן מבלוטת/ צינור רוק	אחד ללסת לתקופת ביטוח.	290.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.
D7960000	פרנולקטומי	אחד ללסת לתקופת ביטוח.	290.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.
D7450000	כריתת ציסטה בלסת, קוטר עד 1.25 ס"מ	אחד ללסת לתקופת ביטוח.	290.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות	מבוטח בוגר מעל גיל 25 יהיה זכאי לארבע ישיבות לתקופת ביטוח ולא יותר מישיבה אחת ביום. מותנה בביצוע הטיפול על ידי רופאים מומחים למחלות חניכיים.	120.00	252.00
*בפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה 80% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות, אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר שנקוב לעיל, הנמוך ביניהם.				
**תוספת של 15% לטיפול מאושר לביצוע על ידי מומחה.				
הערות: חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.				

טיפולים לשיקום הפה ושתלים				
קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	מבוטח בוגר מעל גיל 25 שנים, יהיה זכאי ל-2 שתלים, 2 כתרים ו-2 מבנים על גבי שן טבעית או על גבי שתל לתקופת הביטוח. מבנה כתר על גבי שתל יאושר רק על גבי שתל שאושר ושולם על ידי המבטח.	600.00	1,200.00
D2751000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה או לחילופין		600.00	800.00
D6060000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל		600.00	800.00
D2950000	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם או לחילופין		140.00	180.00
D2952000	מבנה יצוק בתוספת לכתר או לחילופין		200.00	380.00
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי		200.00	380.00
*בפניה לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה 80% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול הנמוך ביניהם.				
הערות: חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.				

רובד הרחבה		
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2-3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.	

ביטוח לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 4.1 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עימו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 4.2-4.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 4.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.	

בדיקות וכיסויים נוספים בפרק קיימים כיסויים נוספים על פי המפורט בתנאי הפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³	השתתפות עצמית
חוות דעת רפואית שניה לבדיקה פתולוגית	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	כיסוי עד 5,256 ₪ לשנת ביטוח.	סעיף 5 - 90 יום	20% מההוצאה בפועל
טיפולים אונקולוגיים	סעיף 3.5 לפרק - החזר בגין טיפולים אונקולוגיים	כיסוי עד 100,000 ₪ לכל שנת ביטוח.	סעיף 5 - 90 יום	
טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים	סעיף 3.7 לפרק - החזר בגין טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים	כיסוי עד 5,840 ₪ למקרה ביטוח	סעיף 5 - 90 יום	15% מההוצאה בפועל
אחות פרטית	סעיף 3.13 לפרק - החזר בגין אחות פרטית בבית או בעת אשפוז.	כיסוי עד 876 ₪ לכל יום עד 14 ימים בשנה.	סעיף 5 - 90 יום	15% מההוצאה בפועל
טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים	סעיף 3.25 לפרק - החזר בגין אבחון בעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אצל ילד מגיל 3 ועד גיל 16 על ידי רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר	אבחון - כיסוי עד 2,920 ₪ לתקופת הסכם. טיפול - כיסוי עד 175 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לתקופת הסכם.	סעיף 5 - 180 יום	20% מההוצאה בפועל
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 3.27 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר או סיסיליגליה ובדיקות לגילוי גנים נשאים לסיסטיק פיברוזיס, תסמונת איקס שפיר, וגושה.	כיסוי עד 5,840 ₪ עבור בדיקות לכל הריון ועד 1,168 ₪ עבור בדיקות סיקור גנטי לפני הריון ועד 2,336 ₪ עבור עוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההריון או לאחריו.	סעיף 5 - 90 יום	20% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

³תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

כתב השירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)		
שם השירות	תיאור השירות	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
טיפול רפואה משלימה	סעיף 3: מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לבצע את הטיפולים שלהלן אצל נותן שירות שבהסכם: אקופונקטורה, שיטת טווינה, רפלקסולוגיה, שיאצו, פלדנקרייז, אוסטיאופתיה, ביו פיזדבק, ייעוץ דיאטטי, הומיאופתיה, כירופרקטיקה, נטורופתיה, פרחי באך, חדרי מלח, עיסוי רפואי עקב אשפוז לאחר תאונה. השירותים יינתנו במרפאות נותן השירות שבהסכם בלבד. במקרה בו לא קיים נותן שירות שבהסכם ברדיוס של עד 30 ק"מ ממקום מגוריו של המנוי יהא זכאי המנוי לקבל שיפוי חלקי.	עד 12 טיפולים בשנת ביטוח. סעיף 5.6 לכתב שירות - במקרה בו אושרה קבלת שירות אצל נותן שירות שלא בהסכם על פי התנאים המפורטים בכתב השירות, ישפה הספק את המנוי בסך 50% מעלות הטיפול ששולמה על ידי המנוי בפועל ולא יותר מ-100 ש"ח לטיפול.

מדד הפוליסה הינו המדד שפורסם ביום 15.10.2025.

מידע נוסף:

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

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

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פרק מבוא

הגדרות ותנאים כלליים

1. הגדרות:

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח.

- 1.1. **"החברה" או "המבטח"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. **"הפוליסה"** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3. **"תאריך תחילת הביטוח"** - 1/11/2025.
- 1.4. **"תאריך הצטרפות"** - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.5. **"הסכם הביטוח"** - חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.6. **"שנת ביטוח"** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.7. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד לבריאות הנפש.
- 1.8. **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.9. **"בית חולים פרטי"** - אחת מההגדרות שלהלן:
בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות התירו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.10. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל.
- 1.11. **"ישראל"** - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.12. **"חו"ל"** - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.13. **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.14. **"אשפוז"** - שהייה בבית חולים הכוללת בין השאר הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 1.15. **"נותן שירות בהסכם"** - בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, מנתח שהינו רופא מומחה (כהגדרתו לעיל) או רופא אשר הוסמך בחו"ל כמומחה מנתח וכל רופא או גוף אחר עמם קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיו צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.
- 1.16. **"אח/ות"** - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.

1.17. **"שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, תומך לב (LVAD), דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרשי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים. **ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות". הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל ופרק הניתוחים בחו"ל.**

1.18. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמין הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפניה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח). ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/יים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי, ייחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם יידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי **"ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות". הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל ופרק הניתוחים בחו"ל.**

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

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

1.21. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה, על בסיס המלצה של רופא מטעם המבוטח מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.

1.22. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/הטיפול ואשר אינו קונבנציונאלי ו/או אינו מקובל לפי אמות מידה מקובלות בישראל.

- 1.23. **"בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.
- 1.24. **"יום אשפוז"** - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ-24 שעות.
- 1.25. **"יועץ מלווה"** - היועץ המלווה אשר ילווה את בעל הפוליסה והמבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה חברת פרש קונספט ניהול סיכונים בריאות בע"מ.
- 1.26. **"גיל" או "גיל המבוטח"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון בחודש במועד יום הולדתו.
- 1.27. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.28. **"בעל הפוליסה"** - חברת נמל אשדוד בע"מ.
- 1.29. **"העובדים"** - עובדים אצל בעל הפוליסה.
- 1.30. **"עובדים חדשים"** - עובדים אצל בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים בביטוח הקודם.
- 1.31. **"המבוטח/ים"** - עובדים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
- 1.32. **"מבוטח/ים קיימים"** - מי שהיו מבוטחים בפוליסה הקודמת ערב הכניסה לביטוח החדש.
- 1.33. **"מבוטח/ים חדשים"** - עובדים חדשים אצל בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים במועד תחילת ביטוח זה ו/או עובדים קיימים של בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת ו/או עובדים שחזרו מחל"ת ו/או חל"ד, בתנאי שבמועד תחילת ביטוח זה היו בחל"ת או חל"ד, ובני משפחותיהם של כל אלה.
- 1.34. **"בני משפחה / בני משפחותיהם"** - בני/בנות זוגם של עובד (כולל בני אותו המין), לרבות ידועה/ה בציבור וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים וילדים של בני זוג מנישואין קודמים, ובני/בנות זוגם של ילדי העובד וילדיהם (הנכדים) ובני/בנות זוגם, ילדיהם ובני זוגם ונכדיהם ובני זוגם, לרבות ידועה/ה בציבור ושאינם של / עובד שנפטר.
- 1.35. **"שבץ"** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.36. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.
- 1.37. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
- 1.38. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.39. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות. המבטח יסתמך בקביעת זכאות המבוטח לטיפול הרפואי על פי תנאי הפוליסה על קביעות רפואיות של קופת חולים.
- 1.40. **"ועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל ליסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999).
- 1.41. **"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 לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה.

- 1.42. **"דמי הביטוח" או "הפרמיה"** - הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לשלם למבטח על פי תנאי הפוליסה.
- 1.43. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק.
- 1.44. **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחלד לשירותי הבריאות.
- 1.45. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.46. **"תקופת (ה)בדיקה"** - תקופה של 30 חודשים ממועד תחילת פוליסה זו.
- 1.47. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.48. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.49. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא, כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.50. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח).
- 1.51. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה"**.
- 1.52. **"מדד בסיס"** - המדד הידוע במועד תחילת הפוליסה.

2. תקופת הסכם הביטוח:

- 2.1. תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה 5 שנים החל מיום 1/11/2025 וסיומה ביום 31/10/2030 (להלן: **"תקופת ההסכם" ו/או "תקופת הביטוח"**).
- 2.2. בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח, ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.
- 2.3. לאחר תום תקופת ההסכם ובהסכמת הצדדים בכתב, יתחדש הסכם זה לתקופה נוספת של 5 שנים (להלן: **"תקופת ההסכם המוארכת"**).
- 2.4. במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, יאריך המבטח את תוקף הפוליסה, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, בתנאים זהים לתנאי הפוליסה בתקופת ההסכם.
- 2.5. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן) כאמור לעיל יחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן), אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

- 2.6. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 2.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה, וזאת עפ"י סעיף 9 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.
- 2.7. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

3. אופן הצטרפות

3.1. רובד בסיס:

- 3.1.1. מבוטחים קיימים ברובד הבסיס של הפוליסה הקודמת, יצורפו לרובד הבסיס של פוליסה זו באופן אוטומטי, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ברצף ביטוחי מלא לביטוח הקודם לעניין חריג מצב רפואי קודם, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.
- 3.1.2. עובדים חדשים יצורפו לרובד הבסיס + רובד בסיס מורחב באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור, עובדים חדשים שיבקשו להצטרף בתוך 120 ימים מיום תחילת עבודתם, יצורפו ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה.
- 3.1.3. בני משפחה של עובדים חדשים יצורפו לרובד הבסיס באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור, בני משפחה של עובדים חדשים שיבקשו להצטרף בתוך 120 ימים מיום תחילת עבודת העובד או בתוך 120 ימים מיום הצטרפותם למשפחה (כתוצאה מנישואין/לידה) יצורפו ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה מועד הצטרפותם לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרפו להסכם הביטוח בפועל.
- 3.1.4. עובדים קיימים שאינם מבוטחים קיימים וכן בני משפחה של עובדים קיימים שאינם מבוטחים קיימים, יוכלו להצטרף לרובד הבסיס באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור, עובדים קיימים אלו ובני משפחה של עובדים קיימים שיבקשו להצטרף בתוך 120 ימים מיום תחילת הסכם זה, יצורפו ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה.

3.2. רובד בסיס מורחב:

- 3.2.1. לעובדים בלבד שהיו מבוטחים בפוליסה הקודמת כאמור בסעיף 3.1 לעיל, יתווסף הכיסוי של רובד בסיס מורחב (פרק ה'- השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים) באופן אוטומטי. דמי הביטוח עבור פרק זה יהיו במימון מלא של בעל הפוליסה למעט שווי המס.
- 3.2.2. בני משפחה של עובדים שהינם מבוטחים קיימים, יוכלו לרכוש את רובד בסיס מורחב באופן וולונטרי וללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובתנאי כי יצטרפו לרובד בסיס מורחב בתוך 120 ימים מיום תחילת הסכם זה. למען הסר ספק יובהר כי עם תום תקופת החלון, לא תתאפשר הצטרפות בני משפחה לרובד בסיס מורחב.
- 3.2.3. עובדים חדשים יצורפו לרובד בסיס + רובד בסיס מורחב באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) לאחר מילוי טופס הצטרפות וזאת בתוך 120 ימים מיום

תחילת עבודתם, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. למען הסר ספק, רובד בסיס לעובד כולל את פרקים א'-ה' (רובד בסיס + רובד בסיס מורחב).

3.2.4 בני משפחה של עובדים חדשים יצורפו לרובד בסיס מורחב באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) לאחר מילוי טופס הצטרפות וזאת בתוך 120 ימים מיום תחילת עבודת העובד או בתוך 120 ימים מיום הצטרפותם למשפחה (כתוצאה מנישואין/לידה/ ילד שהגיע לגיל 5) ויצורפו ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. למען הסר ספק יובהר כי עם תום תקופת החלון, לא תתאפשר הצטרפות בני משפחה לרובד בסיס מורחב.

3.2.5 **מובהר כי הצטרפות בני משפחה לרובד בסיס מורחב, מותנה בהיות העובד ובני המשפחה מבוטחים ברובד בסיס.**

3.3 רובד הרחבה:

3.3.1 מבוטחים קיימים ברובד ההרחבה של הפוליסה הקודמת, יצורפו לרובד בו היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ברצף ביטוחי מלא לביטוח הקודם לעניין חריג מצב רפואי קודם, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

3.3.2 עובדים חדשים ובני משפחותיהם יצורפו לרובד זה ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בגינם בתוך 120 יום ממועד תחילת הסכם זה, או 120 יום ממועד חזרת העובד מהחל"ד/חל"ת, או 120 יום ממועד תחילת העסקתו של העובד אצל בעל הפוליסה.

3.3.3 מבוטחים קיימים ברובד הבסיס שאינם מבוטחים קיימים ברובד ההרחבה וכן עובדים קיימים ובני משפחה של עובדים קיימים שאינם מבוטחים קיימים (ברובד הבסיס או ברובד ההרחבה), יוכלו להצטרף לרובד ההרחבה באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) לאחר מילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתם לביטוח. למרות האמור, מבוטחים קיימים אלו וכן עובדים קיימים אלו ובני משפחה של עובדים קיימים שביקשו להצטרף בתוך 120 ימים מיום תחילת הסכם זה, יצורפו ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה.

3.4 עובד שנישא או הפך לידוע בציבור בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו, כולל ילדיו/ה (כולל ילדים בוגרים) בתוך 120 יום ממועד הנישואין או הפיכתו לידוע בציבור, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות.

3.5 תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח ו/או ע"י בן זוגו, יצורף לביטוח החל ממועד הולדתו ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד ששולמה פרמיה בגינו ושיוגש טופס הצטרפות בתוך 180 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר ביניהם).

3.6 עובד אשר יבקש להצטרף לאחד או יותר מרבדי הביטוח (רובד בסיס + רובד בסיס מורחב ולרובד ההרחבה) שלא על פי האמור לעיל, יהיה חייב במילוי טופס הצטרפות, הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים הנדרשים למלא הצהרת בריאות, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לפוליסה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 15 ימי עסקים ממועד קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח.

3.7 מבוטחים יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, וזאת בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך

- תקופת הביטוח. במידה והמבוטח הראשי נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים בפוליסה עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות אמצעי גבייה אישי.
- 3.8. צירוף בני משפחה של עובד בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד, למעט במקרה בו העובד נדחה מהביטוח או מבוטח בביטוח פרטי או קבוצתי אחר הכולל את הכיסויים הכלולים בביטוח הקבוצתי.
- 3.9. יובהר כי גריעת מבוטח מקובץ המבוטחים ו/או אי הוספת מבוטח לקובץ המבוטחים, אשר נגרמה בטעות ו/או בתום לב ו/או עקב השמטה מקרית ו/או בלתי מכוונת, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה ו/או הסוכן אישור בכתב, המאשר את העובדה שגריעתו או אי הוספתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב.
- 3.10. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 3.11. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח וסייג מצב רפואי קודם לא יחול. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 3.12. על אף האמור לעיל, עובדים של בעל הפוליסה ו/או בני משפחותיהם, אשר לא היו מבוטחים בביטוח הקודם וערב הצטרפותם לביטוח זה היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר, יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, בכל הנוגע לפרקי כיסוי חופפים ובכפוף להצגת הפוליסה הקודמת ואישור תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים או צילום מסך מ"הר הביטוח" המעיד על תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפותם לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לפרקי הכיסוי החופפים ולא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על פרקי הכיסוי החופפים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן החרגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי. יובהר כי המבטח לא יכסה מקרה ביטוח שאירע למבוטח לפני הצטרפותו לפוליסה זו, אלא אם צוין אחרת וכן כי מתן הרצף יהא בכפוף לקבלת הבקשה להצטרפות בתקופה בה מתאפשר צירוף לביטוח זה ללא הצהרת בריאות.
- 3.13. מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן וכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").
- 3.14. שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה ישלח המבטח בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, וישלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלח המבטח תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות במבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא

קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

3.15. צירוף מבוטח - בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם

גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח

רפואי לפי סעיף 10ד(ג) לחוק עובדים זרים;

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

לא תצרף החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש,

אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה

הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו - פרקי כיסוי) ואת

דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח

אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד

כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח

בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח

הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו

לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

(2) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה

נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים

לפחות לפני מועד חידושה;

(2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך

שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש

ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף

ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא

תקופת אכשרה.

לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם

חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים

האלה:

(א) ניתוחים.

(ב) תרופות.

(ג) השתלות.

(ד) מחלות קשות.

(ה) שיניים.

(ו) תאונות אישיות.

3.16. חובת הגילוי

3.16.1. (א) הציג המבוטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח

ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו

של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן -

"עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

(ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת

תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.

(ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

3.16.2. (א) אם ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, בתוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח.

(ב) ביטל המבטח את הביטוח מכוח סעיף זה, זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

(ג) קרה מקרה הביטוח בטרם נתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו, לבין דמי הביטוח המוסכמים. למרות האמור לעיל יהיה המבטח פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים האלה:

(1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

(2) מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

3.16.3. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 3.16.2-3.16.1 לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;

ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

3.16.4. במידה שמדובר בתגמולי ביטוח מסוג פיצוי, המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיפים 3.16.2-3.16.1 לאחר שעברו שלוש שנים ממועד תחילת הביטוח של המבוטח, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

4. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים:

4.1. תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, לגבי כל אחד מהמבוטחים, יחל בהתאם למאוחר מהסעיפים הבאים:

רובד בסיס:

(1) **מבוטח קיים** - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

(2) **עובד חדש ובני משפחתו** - הראשון (1) בחודש בו הוגשה בקשת ההצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה-15 באותו החודש (כולל). במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה-16 בחודש (כולל), תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) בחודש העוקב.

(3) **עובד ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות** - הראשון בחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

רובד בסיס מורחב:

(א) עובד מבוטח קיים - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

(ב) עובד חדש ובני משפחה - הראשון (1) לחודש בו הוגשה בקשת ההצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה-15 באותו החודש (כולל). במקרה בו בקשת

ההצטרפות מולאה לאחר ה-16 בחודש (כולל), תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) בחודש העוקב.

רובד הרחבה:

- (4) **מבוטחים קיימים** - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- (5) **עובד חדש ובני משפחתו** - הראשון (1) לחודש בו הוגשה בקשת ההצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה-15 לאותו החודש (כולל). במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה-16 לחודש (כולל), תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב.

- (6) **עובד ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות** - הראשון בחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירוף.

4.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

- (1) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
- (2) בתום תקופת הסכם הביטוח.
- (3) במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, 3 ימים לאחר קבלת הודעת הביטול.
- (ג) (1) ביטול רובד בסיס לעובד ו/או לבני המשפחה גירור ביטול של רובד בסיס מורחב עבור העובד ו/או בני המשפחה.
- (ג) (2) ביטול רובד בסיס מורחב יהיה בכפוף למצוין בסעיף 5 בפרק ה' להלן.
- (ג) (3) עובד המבטל את רובד הבסיס יבוטל גם מרובד הבסיס המורחב ולהיפך.
- (ג) (4) בני משפחה רשאים לבטל את רובד בסיס מורחב ולהמשיך להיות מבוטחים ברובד בסיס.

- (4) לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד - 60 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל 25, ישלח המבטח הודעה בה יעדכן את העובד על הגעת הילד לגיל 25 ואודות עליית התעריף. במידה והעובד בחר שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר, יוכל הילד הבוגר לבחור להמשיך בביטוח פרטי בהתאם לקבוע בהסכם זה לעניין ההמשכיות לפוליסות פרט.

- (5) במועד סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה - הביטוח יסתיים הן לגבי המבוטח העובד והן לגבי בני משפחתו המבוטחים.

5. ביטוח בעת חל"ת / חל"ד:

עובדים/ות אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצאת העובד/ת בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד 1954, או בחל"ת של העובד/ת, בתנאי שבמהלך חופשת הלידה או החל"ת, שמם יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה, או שהפרמיה החודשית תשולם ישירות ע"י המבוטחים באמצעות כרטיס אשראי או באמצעות הוראת קבע בכפוף להעברת אמצעי הגבייה ע"י המבוטח למבטח בתוך 3 חודשים מיום יציאתו לחל"ת.

פסקו יחסי עובד-מעביד, יהיו רשאים העובד ובני משפחתו המבוטחים במסגרת הסכם זה לרכוש פוליסת פרט אצל המבטח כקבוע בהסכם זה.

6. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

- 6.1. במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה, לרבות בגלל פיטורין, עזיבת עבודה, גירושין, או פרישה לגמלאות, יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא בהכרח זהים) הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים

ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר למבוטחים בני אותו הגיל, ללא מגבלת גיל. ההצטרפות לפוליסה הפרטית תהיה ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין פרקי כיסוי חופפים) ובהנחה בשיעור 10% לתקופה של 10 שנים מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח. מובהר שמבוטח רשאי לבחור לעבור לפוליסה פרטית עם כיסויים פחותים מאלה שהיו בפוליסה הקבוצתית.

1.1.6. המשכיות רובד בסיס מורחב (פרק ה' - השתתפות בהוצאות טיפול שיניים):

במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה בגלל פיטורין, עזיבת עבודה, או פרישה לגמלאות, יוכל להמשיך בביטוח על פי תנאי הסכם זה וכל עוד ההסכם הקבוצתי בתוקף, ובתנאי כי הודיע בכתב על רצונו להמשיך בפוליסה זו תוך 90 ימים מהפסקת הביטוח לגבי ולגבי בני משפחתו, ככל שאלו צורפו לביטוח. המשך הביטוח יהיה באותו הרכב משפחתי ובתוספת פרמיה של 25% מהפרמיה שמצוינת בסעיף 7 להלן וזאת עד תום תקופת ההסכם בפוליסה הקבוצתית, באמצעות כרטיס אשראי/הוראת קבע אישית והמבטח יהיה רשאי לפנות אליו ולהציע לו לעשות כן.

6.2. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.

6.3. על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב עד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.

6.4. המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.

6.5. במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

6.6. היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.

6.7. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החדשיים.

6.8. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה. יובהר שהאמור אינו גורע מזכות המבטח לבטל את הסכם הביטוח בהתאם לעילות המופיעות בחוק.

7. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח:

7.1. דמי הביטוח החודשיים (ש"ח), אופן תשלומם והגורם המשלם** הינם כמפורט להלן:

מבוטח	רובד בסיס (פרקים א'-ד')	רובד בסיס מורחב (פרק ה')
עובד	105.55 ₪ רובד בסיס - 65.55 ₪ רובד בסיס מורחב - 40 ₪	
בן זוג / ילד בוגר / חתן כלה	82.16 ₪	48.00 ₪
ילד / נכד*	17.02 ₪	25.00 ₪ *

*ילד / נכד עד גיל 3 שנים ברובד בסיס מורחב- חינום.

מבוטח לפי גיל	רובד הרחבה (פרקים ו', ז' ו-ח')	
	רופא בהסכם	מסלול שב"ן
ילד/נכד עד 25, בוגר עד 20	51.64 ₪	49.29 ₪
21-40	109.15 ₪	105.63 ₪
41-50	129.10 ₪	124.41 ₪
51-60	170.18 ₪	161.97 ₪
61 ומעלה	269.95 ₪	246.47 ₪

*ילד/נכד - עד גיל 25. ילד שלישי ואילך יהיה פטור מתשלום דמי ביטוח בפוליסה הכוללת לפחות הורה בגיר אחד ושני ילדים (מתחת לגיל 25). יובהר, פטור מתשלום הפרמיה בגין ילד שלישי לא יחול על ילדים בוגרים מגיל 25 ואילך.

**גורם משלם ואופן התשלום:

עובד ברובד בסיס ורובד בסיס מורחב - במימון המעסיק ובמרוכז, למעט גילום מס.
עובד ברובד ההרחבה - במימון העובד באמצעות גבייה מרוכזת מהשכר ובמקרים שלא ניתן באמצעי גבייה אישי

בני משפחה ברובד בסיס וברובד בסיס מורחב ו/או ההרחבה - במימון העובד באמצעות גבייה מרוכזת מהשכר ובמקרים שלא ניתן באמצעי גבייה אישי.

הפרמיה בגין כיסוי "כתב שירות רפואה משלימה" מתוך כלל הפרמיה הינה 7 ₪ לילד ו-12 ₪ לבוגר.

7.2. בעל הפוליסה יעביר למבוטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים [ובני משפחותיהם], למעט לגבי המבוטחים מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי המבוטח באמצעי גבייה אישי.

7.3. דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבוטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה-25 בכל חודש בגין החודש הקודם.

7.4. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "מדד הבסיס").

7.5. קביעת דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לענין זה, "העלאת דמי ביטוח" –

7.5.1. לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח והעלאת בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

7.5.2. לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

7.5.3. למעט העלאת בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאת בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

7.5.4. במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

7.5.5. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

7.6. התאמת דמי הביטוח

7.6.1. בתום שלושים (30) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, המבטח יהא רשאי להתאים את הפרמיה במטרה לאזן את הפוליסה ביתרת תקופת הביטוח, וזאת בהתאם לבדיקה של נתוני תיק הביטוח.

7.6.2. במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד ולא יותר מ-30%. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים בהסכמה וכפי שיוחלט בין הצדדים.

7.6.3. במידה והצדדים לא הגיעו להסכמות, בעל הפוליסה ו/או המבטח יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.

8. תגמולי ביטוח

8.1. המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבוטח כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות ו/או בחשבוניות, גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.

8.2. בכפוף לאמור לעיל, המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

8.3. במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.

8.4. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל או במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.

8.5. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

8.6. נפטר המבטוח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.

8.7. הוראות לעניין כפל ביטוח וזכות שיבוב: המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבטוח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבטוח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

8.8. המבטח יודיע למבטוח בתוך 7 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור או דחיה של התביעה. יודגש, שבמקרים בהם מדובר בפרוצדורות עתידיות, שטרם בוצעו, האישור (או הדחיה) יינתן על פי הצורך הרפואי.

9. גבית דמי הביטוח:

9.1. מוטלת על המבטח לפי תנאי הסכם הביטוח והפוליסה חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, את דמי הביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. אם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.

9.2. מבטח לא יצרף מבטח לביטוח אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבטח, אשר תועדה ולאחר שהוצגה למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד (להלן: "הסכמה מפורשת"). במקרים שבהם ניתנת למבטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי.

9.3. האמור בסעיף 9.2 לעיל לא יחול על הסכם ביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

9.3.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.

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

9.3.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לענין זה, "פרק כיסוי בסיסי" הינו פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: (א) ניתוחים, (ב) תרופות, (ג) השתלות, (ד) מחלות קשות, (ה) שיניים, (ו) תאונות אישיות.

9.4. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח 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.

9.5. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי המבוטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה והמבוטח נתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי. לענין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

10. וועדת ערר:

- 10.1. מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שקיים כיסוי בפוליסה בגינה ושנחתה ע"י המבטח, לדיון מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ-20 ימי עבודה מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה יהא באחריות בעל הפוליסה / היועץ.
- 10.2. המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.
- 10.3. הוועדה תורכב משיני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח והיועץ. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.
- 10.4. החלטת הוועדה תחייב את המבטח.
- 10.5. למען הסר ספק, אין בהחלטת וועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

11. תחלוף (סברוגציה):

- 11.1. מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות על פי חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.
- 11.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

11.3. המבטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

12. ביטוח כפל:

12.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח, ובין אצל מבטח אחר.

12.2. בפוליסות שתגמולי הביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, וישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

13. תביעות:

13.1. אלא אם נקבע אחרת, המבטח ימסור למבטח הודעה על מקרה הביטוח בזמן סביר. להודעה יצרף המבטח כתב ויתור על סודיות רפואית, אשר ישמש את המבטח לצורך קבלת מידע, ככול שהדבר נדרש. מובהר כמו כן, שתביעה שאושרה בתקופת הביטוח, תמשיך להיות משולמת גם בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי המבטח יעביר למבטח טופס תביעה, לרבות מסמכים רפואיים ואם היו תשלומים אז קבלות ו/או חשבוניות, המתייחסים לתביעתו והדרושים לשם ברור חבותו של המבטח ושאותם יכול המבטח להשיג במאמץ סביר, אלא אם נקבע אחרת המבטח יהיה רשאי להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי, ובחשבון האישי המקוון של המבטח.

13.2. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח על חשבון המבטח. הבדיקה תבוצע בתאום עם המבטח מראש ותתקיים בשעה סבירה ובמיקום המרוחק עד 40 ק"מ ממקום מגוריו של המבטח. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות של המבטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.

13.3. יובהר שבמידה והמבטח תבע ראשית את קופת החולים ו/או השב"ן, ההחזר מהמבטח יהא עד תקרת הכיסוי, ללא תשלום ההשתתפות העצמית הנקובה בכיסוי, ככול שישנה.

13.4. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות ו/או טיפולים מיוחדים ו/או ניתוחים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה ו/או הטיפול המיוחד ו/או הניתוח בחו"ל אזי:

13.4.1. ייתן למבטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח בחו"ל.

13.4.2. יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבטח עצמו.

13.4.3. תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

14. התיישנות תביעות:

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

15. יועץ ביטוחי רפואי:

חברת הייעוץ פרש קונספט ניהול סיכוני בריאות בע"מ תשמש כיועץ מלווה (להלן: "היועץ"). במסגרת שירותיו, היועץ יעניק שוטף למבוטחים בפוליסה כמפורט להלן:

- 15.1. בירורים מול המבטח בקשר לזכויות על פי הפוליסה, בירורים מול המבטח בקשר להחלטות המבטח על פי הפוליסה, מתן חוות דעת למבוטח לגבי בקשות לאישור תביעות על פי הפוליסה.
- 15.2. סיוע, מתן מידע ובירורים לגבי טענה או תלונה של המבוטח הקשורה בנהלי המבטח והשירות הניתן על ידו.
- 15.3. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבוטח לפנות ליועץ הביטוח.
- 15.4. המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידי שולא באמצעות המבוטח ובכפוף להוראות הדין.
- 15.5. היועץ יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה. למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

16. מתן מסמכים והודעות למבוטח - סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

- (1) מבטח ימסור 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;
- (2) על אף האמור בתקנה משנה (א) לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין:
 - (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
 - (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
 - (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 16.1. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 16.2. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 16.3. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת

הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

16.3.1. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

16.3.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

16.3.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

17. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתית

(1) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4(ב), והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

(2) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף תקנת מבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב2); לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(3) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

18. תנאי הצמדה למדד:

- 18.1. סכומי הביטוח הקובעים, וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או המבוטח, לפי העניין, צמודים למדד האחרון הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל.
- 18.2. דמי הביטוח, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכל לפי העניין, צמודים למדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע תשלום דמי הביטוח.
- 18.3. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל או המדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע התשלום, לפי העניין, לבין המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.

19. קיומן של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

20. החברה אינה אחראית לשירותים הרפואיים ולתוצאותיהם:

- 20.1. מובהר ומוסכם בזאת, כי בחירת הרופא המטפל, בית החולים בו יבוצע הניתוח, כל ספק שירות רפואי אחר או כל יתר הטיפולים והשירותים המכוסים בפוליסה זו, נעשים על-ידי המבוטח והחברה איננה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או כל מעשה ו/או מחדל של נותני השירותים הרפואיים כאמור לעיל, ו/או למוצרים ו/או לטיפולים האחרים הניתנים למבוטח בקרות מקרה הביטוח על-ידי כל נותן שירות ו/או מוכר מוצר כאמור ו/או ספק השירות הרפואי לרבות ו/או לכל נזק שייגרם על-ידם.
- 20.2. האמור לעיל חל גם אם הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם ו/או בתיאום על-ידי החברה ו/או על-ידי הפניית המבוטח לנותן השירות.

21. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל

אחריות החברה מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסויים שאושרו לטיפול בחו"ל עפ"י תנאי הפרקים הרלוונטיים. למעט מדינות אויב ו/או בשטחים שבשליטת ו/או ניהול הרשות הפלסטינאית 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.

22. חריגים כלליים:

- המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן:
- 22.1. מקרה הביטוח ארע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח.
- 22.2. מקרה הביטוח ארע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 22.3. מקרה הביטוח ארע בתקופת האכשרה למעט מקרה ביטוח שארע מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.
- 22.4. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;

רובד בסיס

פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

1. הגדרות:

1.1. **"השתלה"** - השתלת איבר או חלק מאיבר, העונה על אחת החלופות הבאות כמפורט באחד מסעיפים 1.1.1-1.1.3:

1.1.1. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם; או השתלה של מח עצם, מתורם אחר בגוף המבוטח; השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה שבו יושלת לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

בנוסף, השתלה על פי סעיף זה, תכלול גם כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של רחם ושחלה והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועה, לאחר הכריתה או ההוצאה במידה ונדרש (למעט במקרה של השתלת לב או חלק מאיבר זה), שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם וכן השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל וכן השתלת איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת, לרבות השתלת איברים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל שגודלו במעבדה. מובהר שההדגשה ש"ההוצאה במידה ונדרש", חלה גם על רשימת האיברים אשר ברישא של סעיף זה.

בנוסף, כהשתלה תיחשב השתלת תאי גזע מדם טבורי או מדם פרפרי מתורם אחר בגוף המבוטח.

1.1.2. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה (למעט במקרה של השתלת לב או חלק מאיבר זה), שנלקח מבעל חיים, במקומם;

בנוסף, השתלה על פי סעיף זה תכלול גם כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של רחם ושחלה, לאחר הכריתה או ההוצאה במידה ונדרש, שנלקח מבעל חיים, במקומם; **מובהר שההדגשה ש"ההוצאה במידה ונדרש", חלה גם על רשימת האיברים אשר ברישא של סעיף זה.**

1.1.3. השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.

יובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל חוזרים ייחשבו למקרה ביטוח חדש.

1.2. **"טיפול חלופי בישראל"** - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח הניתן לביצוע בישראל, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת באמצעות טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגע באיכות חייו.

1.3. **"טיפול מיוחד מחוץ לישראל"** - טיפול רפואי מחוץ לישראל, לרבות ניתוח (למעט השתלה כהגדרתה לעיל), שרופא מומחה בישראל, בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו

חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיימים בו אחד מהתנאים הבאים:

1.3.1. שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל.

בנוסף: או הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל, כלומר שלא קיימת בישראל התשתית הרפואית ו/או הטכנולוגית הנדרשת לביצוע הטיפול.

1.3.2. הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח, מניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח, או תגרום לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו.

1.3.3. זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג הוא ארוך, באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח.

בנוסף: או זמן ההמתנה עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה, כלומר זמן ההמתנה אינו תואם את הסטנדרט הבינלאומי הקיים אצל מומחים או מרכזים רפואיים בעולם.

1.3.4. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל.

1.3.5. **בנוסף:** הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל, בהתאם לניסיון המצטבר לפי גודל האוכלוסייה במדינה בה מבוצע.

1.3.6. **בנוסף:** ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.

1.3.7. **בנוסף:** הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 50%.

1.4. **"רופא מומחה בישראל" - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;**

1.5. **"תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לפרק זה בפוליסה והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.**

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

3. הכיסוי הביטוחי:

פרק זה להשתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל יכלול כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

3.1. להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי כאמור בסעיף 4.3;

3.2. להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי כאמור בסעיף 4.3 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 5,000,000 ₪.

3.3. עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2.2 עד 4.2.11;

בנוסף: ופיצוי כאמור בסעיף 4.3.5, 4.3.6.

3.4. עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2.2 עד 4.2.11, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,000,000 שקלים חדשים;

4. התחייבות החברה:

4.1. בקורות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח בגין ההוצאות המפורטות להלן שיפוי מלא בכפוף לסעיפים קטנים 3.4-3.1 לעיל:

4.1.1. הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

4.1.2. הוצאות אשפוז מחוץ לישראל, **בנוסף:** לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ, או, עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד;

בנוסף: לרבות הוצאות בגין תרופות, וכל הבדיקות והטיפולים הרפואיים שניתנו למבוטח, כולל דיאליזה, שירותי מעבדה, בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה וכן הוצאות בגין שתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, וכן טיפולים משלימים כגון פיזיותרפיה וטיפולים פרא-רפואיים.

4.1.3. הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;

4.1.4. הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין, והוצאות שיבתם לישראל;

בנוסף: נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים - ישופה המבוטח ומלווה אחד בגין כרטיסים במחלקת עסקים (במידה וטס ללא ליווי רפואי מטעם המבוטח). אם המבוטח הוא קטין, ישופה מלווה אחד בגין כרטיס במחלקת עסקים ומלווה שני בגין כרטיס במחלקת תיירים.

4.1.5. הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, **בנוסף:** אל שדה התעופה בישראל ומשדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.

4.1.6. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.

4.1.7. הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.

4.1.8. **בנוסף:** כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי (LVAD).

4.2. להוצאות המפורטות להן שיפוי בהתאם לתקרות הסכומים המופיעות לצידן, בכפוף לסעיפים קטנים 3.4-3.1 לעיל:

4.2.1. הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל - עד 210,000 ₪.

בנוסף: הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל, לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שהמבוטח הוא קטין, למבוטח ולשני מלווים ועד תקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה.

- 4.2.2. הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים של מבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע הבדיקות עד 200,000 ₪.
- בנוסף:** אם המבוטח הוא קטין, יינתן כיסוי לשני מלווים, לרבות הוצאות שהייה, עד תקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה ובכל מקרה לא יותר מהתקרה של פרק זה. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים, ישופה המבוטח ומלווה אחד. ובמקרה של קטין לשני מלווים, עד תקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה.
- 4.2.3. הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל אשר קשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה - עד 250,000 שקלים חדשים.
- 4.2.4. הוצאות הסטה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 שקלים חדשים.
- בנוסף:** כולל ליווי ע"י רופא או פרמדיק וציוד רפואי נדרש ע"פ צורך רפואי שיקבע על ידי המבטחת. על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההסטה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא;
- 4.2.5. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל למבוטח ולמלווה אחד, ובמקרה של מבוטח קטין - לשני מלווים, - עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת 1000 ₪ למלווה יחיד או 1,500 ₪ לזוג מלווים ליום ועד 200,000 ₪.
- 4.2.6. הוצאות לטיפולי המשך שנעשים בארץ או בחו"ל בעקבות ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל המכוסים עפ"י פוליסה זו - עד תקרת הסכום 150,000 ₪.
- בנוסף:** ההוצאות לטיפולי המשך כאמור כוללים מעקב, ביקורת ובדיקות שנעשות בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, לרבות טיפול תרופתי, ועד תקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה.
- 4.2.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- בנוסף:** כיסוי זה כולל החזר בגין ייעוץ עם המומחה, אחד לפני ואחד אחרי ביצוע ההשתלה או הטיפול.
- 4.2.8. **בנוסף:** תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית (הווה אומר, הכרחית ונדרשת באופן מהותי) לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת הסכום של 150,000 ₪.
- 4.2.9. **בנוסף:** שיפוי בגין חוות דעת רפואית מורחבת - המבטח ישלם עבור חוות דעת רפואית מורחבת הקשורה לכל בעיה רפואית לרבות ולא רק השתלה ישירות לנוות השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות בעבור ביצוע מחקר רפואי אישי ממאגרי מידע דיגיטליים בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, הכולל תקציר כתוב בשפה העברית המסכם את תוצאות החיפוש חתום ע"י רופא ו/או מידען רפואי. גובה השיפוי לא יעלה על ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ו/או המחקר הרפואי האישי ולא יותר מ-6,500 ₪, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

4.2.10. **בנוסף:** כיסוי להוצאות רפואיות במקרה של השתלה או טיפול מיוחד - חלה המבוטח השהיה בחו"ל לפני או אחרי ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ונזקק לטיפול רפואי קונבנציונלי כל שהוא, שאינו מהווה את מקרה הביטוח כהגדרתו בפרק זה (להלן: "מחלה נלווית") יכסה המבטח את עלות הטיפול הרפואי הנדרש לטיפול במחלה הנלווית ועד לסכום ביטוח של 20,000 ₪, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20%.

4.2.11. **בנוסף:** החזר הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל: נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי מבצע הניסוי כדלקמן:

4.2.11.1. עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 50,000 ₪.

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

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

4.2.11.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 1000 ₪ ליום למלווה ועד 1,500 ₪ לשני מלווים.

4.3. **להוצאות המפורטות להלן - פיצוי לפי סכומים המופיעים לצידן, ובכפוף לסעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:**

4.3.1. מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצמי וקרנית) המרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי ונזקק לשירותי מטפל, יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 7,500 ₪ בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-12 חודשים.

4.3.2. מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצמי וקרנית) השהיה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 3,750 ₪ ולמשך תקופה של עד 12 חודשים. תנאי לקבלת הגמלה על פי סעיף זה הינו קבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.

4.3.3. **גמלת החלמה לאחר השתלה:** עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי בסך 7,500 ₪ החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים. לאחר השתלת קרנית, יהא המבוטח זכאי לתשלום גמלה בסך 4,000 ₪ למשך 3 חודשים.

4.3.4. נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטח במימון ההשתלה.

4.3.5. **תשלום פיצוי לאחר ביצוע ההשתלה:**

מבוטח שעבר השתלה בארץ או בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית), יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪ עבור השתלה

בחו"ל ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה.

4.3.6. בנוסף: תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:

מבוטח אשר נזקק לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטח על פי פרק זה טרם ביצעו ההשתלה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה, או אם אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות, אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. לחילופין, המבוטח יהיה ראשי להמיר את סכום הפיצוי בתשלומים עבור טיפול להמודיאליזה ביתית. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי או התשלומים בגין טיפולי ההמודיאליזה הביתית כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכויותו למימון ההשתלה או קבלת כל פיצוי על פי פרק זה.

5. חריגים

פרק השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל זה מחריג מכיסוי את המקרים האלה:

5.1. מקרה ביטוח שאירע למבוטח לפני הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

5.2. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות בעלת אופי צבאי, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

5.3. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

5.4. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;

5.5. השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל המחייבים אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה: "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

5.6. השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיות, קוסמטיות או תיקון קוצר ראייה;

5.7. טיפולי רפואה משלימה, למעט היכן שאושר אחרת;

5.8. טיפולים נפשיים, למעט היכן שאושר אחרת;

לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל;

5.9. טיפול מיוחד מסיבה של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה;

5.10. טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

פרק ב': תרופות מחוץ לסל הבריאות

1. הגדרות:

- 1.1. **"בדיקה גנטית"** - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל הבריאות;
- בנוסף:** יכוסו גם בדיקות מעבדה, לרבות גנטיות, לרבות בדיקות הנעשות בכל שיטה מעבדתית, בין אם קיימת ובין אם תהיה ידועה בעתיד, על רקמה ביולוגית ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתן סיוע בקבלת החלטה על טיפול למחלה או הישנות מחלה, לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ (להלן: "הבדיקה") ובלבד שהבדיקה כאמור בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. ככל שדו"ח הבדיקה ימליץ על תרופה, אחת או יותר, לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאמור כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה בהתאם לתנאי פרק זה, בין אם היא רשומה להתוויה ובין אם לאו, והכל בהתאם למרשם הרופא.
- 1.2. **"טיפול תרופתי"** - נטילת תרופה לפי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך.
- 1.3. **"מדינות מוכרות"** - 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);
- 1.4. **"מרשם"** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית חולים, על פי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש;
- 1.5. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות שנותנות קופות החולים לחבריהן, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן;
- 1.6. **"רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה;
- 1.7. **"תקופת אכשרה"** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, ובה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח;
- 1.8. **"תרופה"** - חומר כימי או ביולוגי, שנועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה, **בנוסף:** מניעת כאב;
- 1.9. **"תרופת יתום"** - תרופה לטיפול במחלה נדירה;
- ובנוסף:** או תרופה אשר אושרה לשימוש והוכרה כתרופה יתומה (Orphan Drug). באחת המדינות המוכרות.
- 1.10. **"תרופה מיוחדת"** - תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה זו, מכוח **תקנה 29(א)(3) בנוסף:** 29(א)(1), 29(א)(4) ו/או 29(א)(10) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.

- 1.11. "תרופה ניסיונית" - תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתיקיים לגביה אחד מהבאים:
- 1.11.1. תרופה ו/או טיפול שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כלשהו והמחייב/ת אישור של ועדת הלסינקי;
- 1.11.2. תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני, אלא אם מכוסה בפרק זה.
- 1.12. "תרופה Off Label" - תרופה שהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שאחד מהמפורטים להלן הכיר ביעילות התרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח:
- (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 האלה במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
1. עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa;
 2. חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B;
 3. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa;
- (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמפרסם על ידי אחד מהבאים:
1. NCCN;
 2. ASCO;
 3. NICE;
 4. Esmo Minimal Recommendation.
- 1.13. המחיר המירבי המאושר לתרופה - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
2. מקרה הביטוח
- מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים המפורטים:
- 2.1. מצבו הרפואי של המבוטח המחייב אותו, על פי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:
 - 2.1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;
 - 2.1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;
 - 2.1.3. תרופה OFF LABEL;
 - 2.1.4. תרופת יתום שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ושהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום, וכן תרופה המפותחת לאדם מסוים, לפי קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם;
 - 2.1.5. תרופה מיוחדת.

2.2. מצבו הרפואי של המבוטח מצריך, לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת המבוטח.

3. הכיסוי הביטוחי

פרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי שיתחדש (אחת לשנתיים), עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:

3.1. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 שקלים חדשים.

3.2. בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 שקלים חדשים.

3.3. בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-40,000 שקלים חדשים לכל מקרה ביטוח.

3.4. סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1, אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות עבור שירות רפואי או טיפול רפואי - עד 200 שקלים חדשים ליום ועד 60 ימים.

תקרות הסכומים המפורטות בסעיפים 3.1-3.4 לעיל יתחדשו אחת לכל תקופה של שנתיים, שתחילתה במועד תאריך תחילת הביטוח של הפוליסה לכלל המבוטחים.

3.5. סכום השיפוי המירבי לתרופה לא יעלה על המחיר המירבי המאושר לתרופה. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, ייקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המירבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל. במידה ולתרופה אין מחיר מירבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום שיפוי לפי המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.

3.6. **בנוסף:** מקרה ביטוח בו מבוטח נזקק לתרופה אשר נטל טרם הצטרפותו לביטוח, אך בגין מצב רפואי השונה מהמצב הרפואי החדש, לא יחשב כמצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה.

3.7. **בנוסף:** דחתה חברת הביטוח את תביעת המבוטח לתשלום תגמולי הביטוח עבור תרופה בטענה שהמקרה אינו עומד בהגדרות לכאות על פי פרק זה, יהיה רשאי המבוטח לפנות לרופא/פרמקולוג/ביולוג ולקבל ממנו יעוץ בכתב אשר יבדוק את טענות הדחיה של המבטח. המבטח ישפה את המבוטח כנגד ייעוץ זה בעלות של עד 1,800 ₪ בתוספת מע"מ למקרה ביטוח.

4. חריגים

בנוסף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה, המבטח לא יהא חייב בתשלום תגמולי הביטוח במקרים הבאים:

4.1. תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה;

4.2. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות.

4.3. תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.

4.4. טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס), למעט למבוטחים שהם נשאים או חולים;

4.5. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, Anti-Aging או תוספי מזון למעט אם תוספי המזון או הוויטמינים ניתנו כחלק מתכנית הטיפול התרופתי לטיפול במחלה אונקולוגית.

- 4.6. תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 4.7. קנבוס - כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש), התשל"ג - 1973; ובהר כי החריג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, שמכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.
- 4.8. שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.
- 4.9. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 4.10. תרופה ניסיונית למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה;
- 4.11. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו.
- 4.12. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.13. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004

5. השתתפות עצמית

- 5.1. סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 עד 2.1.5 - 150 שקלים חדשים לתרופה, לאותו חודש ולא יותר מ-300 שקלים חדשים בגין מספר תרופות בחודש.
- בנוסף:** למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.
- 5.2. על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 שקלים חדשים
- בנוסף:** ו/או עבור תרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן.

פרק ג': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

1. הגדרות

- 1.1. **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין שבוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח אם בוצעה לאחריו;
- 1.2. **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שהוא מחליף;
- 1.3. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות בנוסף: או הצטברות או סתימה או היצרות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, ראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
- בנוסף:** במסגרת זו ייראו כניתוח פעולה פולשנית המתבצעת באמצעות גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה, לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמו כן, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח). למען הסר ספק, מובהר כי ההדמיה המגנטית, תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח. כמו כן, יכוסה ניתוח באמצעות צנתור, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקה לעמוד השדרה, הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, ואבחון באמצעות מצלמה תוך גופית. כן יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית וניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/יים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי ייחשבו כניתוח על פי הוראות פרק זה, גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד.
- 1.4. **"ניתוח מורכב"** - ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות;
- 1.5. **"רופא מומחה"** - רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול, לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;
- 1.6. **"רופא מומחה בישראל"** - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי **תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973**, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי **תקנה 34 לתקנות האמורות**.
- 1.7. **"שתל"** - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושזר או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
- בנוסף:** כשתל יחשב גם, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, תומך לב (LVAD), דפברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסרטקס), פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל).
- 1.8. **"תקופת אכשרה"** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל.

לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

בנוסף, עבור מבוטחים קיימים:

ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל. לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3. הכיסוי ביטוחי

3.1 בקרות מקרה הביטוח יכלול פרק זה כיסוי ביטוחי לפי המפורט להלן:

3.1.1 **לניתוח מחוץ לישראל ואו תחליף ניתוח בחו"ל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 4.1 שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2 ופיצוי כאמור בסעיף 4.3.

3.1.2 **לניתוח מחוץ לישראל ואו תחליף ניתוח בחו"ל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח** - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4 שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 5 ופיצוי כאמור בסעיף 6 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל

בנוסף: או 350,000 ש"ח, הגבוה מביניהם.

לעניין זה, "עלות הניתוח בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לאותו הניתוח בישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח בהתאם לעלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

3.1.3 לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.1 ו-4.2 **ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.**

לעניין זה, "עלות הניתוח החלופי בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לניתוח שאותו החליף הטיפול מחליף הניתוח בחו"ל, במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח בהתאם לעלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

4. תגמולי הביטוח

4.1 **בקרות מקרה הביטוח עלותן של ההוצאות הבאות תכוסה במלואה, בכפוף להוראות סעיפים קטנים 3.1.1-3.1.3:**

4.1.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל;

4.1.2 כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו, כולל הוצאות אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז

או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, ייעוץ לפני או אחרי ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, בדיקות שבוצעו כחלק ו/או לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח

בנוסף: לרבות שהות בטיפול נמרץ, בדיקות מעבדה והדמיה וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

4.1.3. עלות הטסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח בנוסף: או הטיפול מחליף הניתוח;

4.1.4. הוצאות טיסה עבור ניתוח מורכב - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; במקרה שהמבוטח קטין - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים;

בנוסף: נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים - ישופה המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין, בגובה ההוצאה בפועל.

4.1.5. הוצאות נסיעה יבשתיות בשל ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים בישראל ומחוץ לישראל וחזרה;

4.2. בקרות מקרה הביטוח עלותן של ההוצאות הבאות תכוסה עד לגובה הכיסוי המפורט לצידן, בכפוף לסעיפים קטנים 3.1.1-3.1.3:

4.2.1. הוצאות שתי התייעצויות בקשר לניתוח בנוסף: או טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה בישראל - עד 1,200 שקלים חדשים לכל התייעצות.

4.2.2. הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח.

בנוסף: הוצאות התייעצות בקשר לטיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל במהלך השנה לאחר ביצוע הניתוח או המחליף ניתוח - עד 10,000 שקלים חדשים כפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20%.

בנוסף - הכיסוי כולל ביקורת אחת וטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; ובמקרה שהמבוטח קטין - כיסוי לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים וכן כיסוי לשהייה של המבוטח ושל מלווה אחד עד סך של 10,000 ₪. ובמקרה של מבוטח קטין - שני מלווים ועד 10,000 ₪; לתקופה של עד 5 ימים.

4.2.3. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 שקלים חדשים; אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא;

4.2.4. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 שקלים חדשים.

4.2.5. הוצאות עלות שתל שהושטל במהלך ניתוח;

4.2.6. הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:

4.2.6.1. עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב - ועד 600 שקלים חדשים ליום;

4.2.6.2. הוצאות שהיה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 שקלים חדשים ליום למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שהמבוטח הוא קטין - עד 1,500 שקלים חדשים ליום למבוטח ולשני מלווים לתקופה מירבית של 30 יום.

4.2.6.3. הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב - עד

250 שקלים חדשים לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול;

4.2.6.4. הוצאות למוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 6 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלוונטי החליט על הצורך בהחלמה - עד 800 שקלים חדשים לכל יום;

4.2.6.5. הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 יום מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000 שקלים חדשים;

4.2.7. נפטר המבוטח במהלך הניתוח, או בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח, תשלם החברה למוטב, שאותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב, ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה 150,000 שקלים חדשים;

5. **תקופת אכשרה** - תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

6. **חריגים**

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על-פי פרק זה במקרים הבאים:

6.1. מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

6.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים בנוסף: למעט כאשר מדובר בחולה אונקולוגי;

6.3. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

6.4. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

6.5. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 יום) מחוץ למדינת ישראל;

6.6. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;

6.7. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון, והפלה, בנוסף: אם הפלה נדרשת מסיבה רפואית.

6.8. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיות, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:

6.8.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

6.8.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או עם התוספת מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

6.8.3. ובנוסף: ניתוח להרמת עפעפיים, במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה

במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר מסיבה רפואית, ניתוח לרבות טיפול או הזרקות, כמו כן ניתוח לתיקון חיך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה, שלא עקב בעיית פריון וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי;

- 6.9. טיפולי רפואה משלימה;
- 6.10. טיפולים נפשיים;
- 6.11. השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל;
- 6.12. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.13. בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה) הזלפות, בדיקות ופעולות הדמיה כגון MRI-CT, אם הן אינן חלק ממהלך הניתוח או מהטיפול מחליף הניתוח.

פרק ד': כיסוי להתייעצויות ובדיקות והוצאות רפואיות/ אמבולטורי מצומצם

1. הגדרות

1.1. **"בדיקות אבחנתיות"** - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב), בארץ או בחו"ל (למעט בדיקות מעבדה הנכללות בסל ההיריון כמפורט להלן), כולל בדיקות רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, כולל אולטרסאונד (U.S.), למעט בדיקת אולטרה סאונד בהריון שמכוסה תחת סל ההיריון כמפורט להלן, לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה Capsule Wireless Endoscopy, (P.E.T.), תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. אבחון דידקטי/פסיכו דידקטי לא יכוסו במסגרת סעיף זה וכן, לא תכוסה בדיקה מכל סוג שהוא לאבחון בעיות התפתחות הילד. במקרה שבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי המבוצע בחו"ל.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו למבוטח שלא בעת אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח. המבוטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

3. השירותים והתחייבות המבטח:

בקרת מקרה הביטוח, המבוטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן:

חלק 1: ייעוץ ו/או אבחון רפואי:

3.1. **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבוטח ישפה את המבוטח בגין שלוש (3) התייעצויות ו/או אבחונים אצל רופא מומחה בשנת ביטוח, בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצות, ועד לתקרת החזר בסך 1,168 ₪ להתייעצות ו/או אבחון ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות. התייעצות תכלול גם התייעצות אצל גנטיקאי לצורך בירור בעיה רפואית, פרמקולוג ופסיכיאטר, וכן רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון וכן התייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי.

3.2. **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** המבוטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ולא יותר מהסכום של 9,345 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% (ועד 5,840 ₪ לבדיקה) ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.3. **חוות דעת שניה לבדיקת חלופות טיפוליות בארץ או בחו"ל:** המבוטח ישפה את המבוטח בעבור חוות דעת שניה של רופא מומחה לבדיקת חלופות טיפוליות, בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, חלופות טיפוליות בארץ או בחו"ל, או קביעת אבחנה רפואית, או דרך טיפול בבעיה, או בדיקת ממצאים רפואיים, או פענוח של בדיקות רפואיות יעמוד סכום השיפוי על 7,592 ₪ כפוף להשתתפות עצמית של 20%. במקרים בהם המבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת בחו"ל על ידי רופא מומחה בתחום, ישפה המבוטח את המבוטח בגין הוצאות טיסה והשהייה ועד 5,256 ₪.

4. החזר בגין הוצאות רפואיות מיוחדות (שיפוי בגין גילוי מחלה קשה)

המבטח ישפה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים.

4.1 **מקרה הביטוח:** אחד המקרים המפורטים להלן אשר אובחנו במבוטח במהלך תקופת הביטוח:

4.1.1 **אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure) -**

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

4.1.2 **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) -**

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

4.1.3 **תרדמת (Coma) -**

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

4.1.4 **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) Terminal Liver Disease -**

מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

1. צהבת

2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;

3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;

4. אנצפלופתיה כבדית;

5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת דופלר US או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליניזם.

4.1.5 **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure) -**

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

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;

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

3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7; צהבת, מעמיקה;

4.1.6 **מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) -**

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

1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.

2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ כ"ו ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ כ"ו.

- 4.1.7. יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) -**
עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה, הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
- 4.1.8. צפדת (טטנוס) (Tetanus) -**
מחלה הנגרמת על ידי חיידק *Clostridium tetani*, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
- 4.1.9. אוטם חריף בשריר הלב (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION) -**
נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. אבחנה של אוטם חריף בשריר הלב תיתמך בבדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוה יותר, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים. יהיה ניתן לדרוש בנוסף לבדיקות הביוכימיות כאמור קיומה של אחת משתי האינדוקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם. למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.
- 4.1.10. ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair) -**
ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.
- 4.1.11. ניתוח אבי העורקים (Aorta) -**
ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי הליכים המבוססים על צינתור, כגון תיקון אנדווסקולרי של מפרצת אבי העורקים, יכוסו בהגדרה זו.
- 4.1.12. ניתוח מעקפי לב (CABG) -**
ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.
- 4.1.13. שבץ מוחי (CVA) -**
כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא TIA.
- 4.1.14. קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy) -**
מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.
- 4.1.15. סרטן (Cancer) -**
נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודגלין וכן סרטן שד מסוג DCIS ובתנאי שהמחלה מצריכה טיפול כימותרפי ו/או הקרנות.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים. למען הסר ספק, גרורות לסרטן מקומי יכוסו.
2. מחלות עור מסוג:

1. Basal Cell Carcinoma-I Hyperkeratosis;

2. מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

3. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS.

4.1.16. אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia) -

כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה, המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי מוצרי דם;
2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
4. השתלת מוח עצם.

4.1.17. גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) -

תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק ניירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפרמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.

4.1.18. חירשות (Deafness) -

אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

4.1.19. עיוורון (Blindness) -

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

4.1.20. פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis) -

שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

4.1.21. שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis) -

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

4.1.22. כוויות קשות (Severe Burns) -

כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

4.1.23. אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech) -

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור, אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.

4.1.24 פרקינסון (Parkinson's Disease) -

האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות על ידי סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו על ידי נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.

4.1.25 השתלת איברים (Organ Transplantation) -

לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מוח עצמות - קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.

4.1.26 עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis) -

מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.

4.1.27 ניוון שרירים מסוג Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) -

עדות לפגיעה משולבת בניירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

4.1.28 פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident) -

פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

4.1.29 דלקת חיידיקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) -

דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השידרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיהן המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים. הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

4.1.30 דלקת מוח (Encephalitis) -

דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

4.1.31 איבוד גפיים (Loss of Limbs) -

איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.

4.1.32. תשישות נפש (Dementia) -

פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

4.2. זכאות לתגמולי ביטוח

מבוטח אשר לקה באחת המחלות המנויות לעיל במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי לשיפוי בגין "הוצאות רפואיות" הנדרשות לצורך טיפול במצבו הרפואי, בנוסף לשיפוי או פיצוי להם הוא זכאי עפ"י כל פרק בפוליסה זו, לפי העניין.

4.3. "הוצאות רפואיות" עפ"י פרק זה יוגדרו: הוצאות כגון תשלום עבור טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז, כולל שירותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הקפאת/ שאיבת זרע / ביצית, השתתפות במימון לינה ונסיעה בסמוך לבית חולים לצורך הגעה לטיפול רפואי, טיפול שיניים לחולה אונקולוגי, הוצאות בגין טיפולי שיקום, כולל פיזיותרפיה ופסיכותרפיה, על פי הוראת הרופא המטפל, אביזרים רפואיים מושתלים, חיצוניים או מתכלים, התאמת הדיור לצרכי המבוטח, וכן טיפולים בסימפטומים של המחלה, או הנובעים ממצב רפואי המחלה המכוסה על פי פרק זה.

4.4. סכום הביטוח

בקרת מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בגובה 80% מההוצאה בפועל, עבור כל ההוצאות הרפואיות כאמור, אותם שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. חבות המבטח הינה עד לתקרה של 11,680 ₪ למקרה ביטוח וסכום יתחדש לאחר 30 חודשים מיום תחילת הביטוח. מובהר כי במקרה והמבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה בגין מקרה ביטוח, הוא יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר בגין מקרי ביטוח נוספים, ככול שיהיו כאלה.

4.5. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה עפ"י פרק זה הינה 90 יום.

רובד בסיס מורחב

פרק ה': השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים

1. הגדרות

בכפיפות לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בפרק התנאים הכלליים ובפרק זה ישתתף המבטח בהוצאות בגין טיפולי שיניים המבוצעים למבטח אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, או המבוצעים במרפאות שאינן בהסכם עם המבטח.

1.1. רופא שיניים: רופא שיניים בעל רישיון ישראלי תקף, המתיר לו לעסוק ברפואת שיניים או מרפאת שיניים מורשה על פי חוק מטעם הרשויות המוסמכות בישראל לעסוק בריפוי שיניים. בכל מקום הפוליסה זו שנכתב **"רופא שיניים"** - לרבות רופא שיניים פרטי, רופא הסכם ורופא שיניים בחו"ל, הכול לפי המקרה.

1.2. נותן שירות בהסכם: רופא שיניים, לרבות מרפאת שיניים ומכוני צילום, הקשור עם המבטח בחוזה למתן טיפול שיניים במסגרת תכנית ביטוח הוצאות רפואת שיניים, אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שירות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיינתן למבטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.

רשימת רופאי ההסכם תהיה בפריסה ארצית ותפורסם באתר האינטרנט של המבטח. המבטח יהיה רשאי לשנות מעת לעת את רשימת נותני השירות שבהסכם.

1.3. רופא שיניים מומחה: רופא שקיבל ממשרד הבריאות בישראל מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לביצוע טיפול השיניים ו/או מי שהוסכם עליו (להלן: **"רופא מורשה"**) על דעת רופא החברה של המבטח ובעל הפוליסה כמורשה בהסכם עם המבטח למתן שירותים המוגבלים לרופאים מומחים בתחום כאמור.

1.4. שיננית: בעלת תעודה ורישיון ישראלי תקף מטעם משרד הבריאות בישראל לעסוק בהדרכה ו/או בביצוע הורדת אבן.

1.5. מכון צילום: מכון צילום המורשה מטעם הרשויות המוסמכות לעסוק בצילום רנטגן או צילום פוטו או הדמיה לרבות מכוני צילום העוסקים במטבעים/ אנליזות/ צילומי CT וטומוגרפיה ובעל רישיון למכשיר קרינה למטרות רפואיות.

1.6. רופא המבטח: רופא שיניים שימונה על ידי המבטח לעסוק בעניינים רפואיים בביטוח שיניים אצל המבטח.

1.7. תביעה: פניה מאת מבטח אל המבטח לתשלום עבור שירותים/ לפי פוליסה זו ו/או לקבלת תגמולי ביטוח ו/או למתן התחייבות לתשלום עבור שירותים כאמור בפוליסה זו

1.8. לוח תגמולי ביטוח ולוח ההשתתפות עצמית: לוח המצורף כנספח לפוליסה זו והמציין את סכומי ההחזר שעל המבטח לשלם למוטב בגין טיפולים המכוסים על פי פוליסה זו, וכן את גובה ההשתתפות העצמית שעל המוטב לשאת, כשהם צמודים למדד.

1.9. השתתפות עצמית: חלקו של המבטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו על פי פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית על ידי המבטח ורק לגבי הוצאות המבטח שמעבר להשתתפות זו.

בוצע הטיפול המכוסה באמצעות רופא הסכם - תהא ההשתתפות העצמית של המבטח בגין טיפול מכוסה על פי הנקוב בלוח התגמולים המצורף להסכם בעמודת **"השתתפות עצמית"**.

בוצע הטיפול המכוסה באמצעות רופא שאינו בהסכם - ישפה המבטח את המבוטח בסכום ששילם המבוטח עבור הטיפול לרופא, בניכוי שעור/ סכום ההשתתפות העצמית בגין הטיפול המכוסה הנקוב בלוח התגמולים או בסכום תקרת ההחזר, הנמוך מבין השניים.

- 1.10. **חוזר ביטוח שיניים:** חוזר ביטוח 4-1-2012 "ביטוח שיניים".
- 1.11. **יועץ ביטוח:** מי שימונה מעת לעת על ידי בעל הפוליסה, כרופא אמון המלווה את ביצוע הוראות פוליסה זו וכן כל הפועלים בשמו ו/או מי מטעמו.
2. **טיפול שיניים במהלך שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח השיניים שברשותך, כפוף להוראות הצבא כפי שישתנו מעת לעת.
3. **שירות מיוחד לילדים:** יובהר כי קיימים שירותים מסוימים בתחום רפואת השיניים עבור ילדים בסל הבריאות, המוענק על ידי קופות החולים. זאת, בהתאם ובכפוף לתנאים שנקבעו בהוראות הדין ובנהלי קופות החולים. שירותים כאמור עשויים להיות חופפים לכיסויים מסוימים בפוליסה.
4. **חבות המבטח לאחר מועד תום הביטוח**

מבטח יכסה טיפולים שבוצעו בתוך 90 יום מתום תקופת הביטוח ושמתקיים בהם אחד מאלה:

 - 1) טיפול שהוא חלק מתכנית טיפולים שהוגשה לאישור המבטח במהלך תקופת הביטוח.
 - 2) טיפול שהחל במהלך תקופת הביטוח.
5. **ביטול הביטוח**
 - 5.1. מוטב רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיף 5.1 (א) להלן:
 - מבטח רשאי לדרוש החזר כספי ממבוטח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:
 1. המבוטח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש השנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם ביניהם (להלן - "התקופה הקובעת"). לעניין זה, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן - "חידוש פוליסה") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה; במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה.
 2. תנאי ביטול הפוליסה פורטו בתכנית הביטוח, בטופס הגילוי הנאות ובטופס ההצטרפות.
 3. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה.
 - 5.2. גובה ההחזר הכספי האמור בסעיף 5.1 לעיל, לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.

לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו -

"סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה

הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בסעיף 5.1 (א), חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.

"סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בסעיף 5.1 (א), הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

6. עיקרי השירותים והרבדים על פי סוג הכיסוי הביטוחי

- 6.1. **טיפול שיניים משמר** - כל הטיפולים והשירותים הרפואיים אשר הגדרת הטיפולים שלהם מפורטת במפרט הטיפולים בפרק א' בצרופה א' לפוליסה.
- 6.2. **טיפולים בשיקום הפה ושתלים** - כל הטיפולים אשר הגדרת הטיפולים שלהם מפורטת במפרט הטיפולים בפרק ב' בצרופה א' לפוליסה.
- 6.3. הזכאות לקבלת הכיסוי הביטוחי על פי הסכם זה מוקנית למוטב החל מיום 1.11.2025 או מיום צירופו לביטוח, לפי המאוחר מבניהם.
- 6.4. כל טיפול משמר, שיקום הפה והשתלות שיניים המוגדרים במפרט הטיפולים (המסומן כצרופה א') יינתן על פי הכיסויים המפורטים בכל פרק בנספח הטיפולים ולפי העניין.

7. תביעות

הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח מותנית בקיום התנאים הבאים:

- 7.1. מבטח המבצע טיפול שיניים המחייב אישור החברה מראש, חייב לקבל את אישור המבטח בטרם תחילת ביצוע הטיפול למעט אם צוין אחרת. הבקשה לאישור מוקדם תועבר למבטח על ידי המבטח או על ידי נותן שירות שבהסכם, לפי העניין, על גבי טופס הנהוג אצל המבטח. **המבטח ימסור למבטוח את החלטתו תוך 14 ימי עבודה מיום קבלת הבקשה לאישור במשרדי החברה.**
- 7.2. תוקפו של האישור המוקדם יפוג בתום 12 חודשים ממתן האישור או במועד סיום הביטוח, המוקדם יבניהם.
- 7.3. למרות האמור בסעיף 7.1 להלן, אי קבלת אישור החברה מראש לא תשלול זכות לקבלת תגמולי ביטוח, במידה וזכאי להם המבטוח על פי תנאי הפוליסה לו היה מקבל אישור מראש מהחברה לאישור התביעה.
- 7.4. המבטח לא יוגבל לבחירת ספק שבהסדר עם המבטח, המבטח רשאי לבחור בכל ספק.
- 7.5. שונתה תוכנית הטיפול לאחר מתן האישור, לא יהיה המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא אם היה מאשר את תוכנית הטיפולים, אילו הוגשה במועד.
- 7.6. מבטח שהחל בטיפול חייב לסיימו אצל אותו רופא לגביו ניתן האישור המוקדם. המבטח יהיה רשאי לעבור לרופא אחר לגמר הטיפול בתנאי שקיבל מראש את אישור המבטח לעשות כן.
- 7.7. לשם קבלת האישור המוקדם יוגשו למבטח כל המסמכים הנדרשים לבירור חבותו ובכלל זה תוכנית הטיפול כשהיא חתומה על ידי נותן השירות המבצע את הטיפול בצירוף צילומי רנטגן קריאים, בעלי ערך אבחנתי ואבזרי אבחון.
- 7.8. המבטח ישיב לכל פניה לאישור מוקדם/עריעור תוך 14 ימי עבודה מעת קבלת הבקשה אצל המבטח.
- 7.9. **סודיות רפואית** חתימת המבטח על כתב ויתור על סודיות ומסירת הפרטים והמסמכים הדרושים לחברה בקשר עם הטיפולים הרפואיים שערך בשינוי.

7.10. **טיפול חלופי** מבטח יאפשר למבוטח המעוניין בכך לקבל טיפול חלופי לטיפול המכוסה בפוליסה, בתנאי שלפי סטנדרטים רפואיים מקובלים הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות רפואיות דומות, ובתנאי שעלות הטיפול החלופי למבוטח לא תעלה על עלות הטיפול המכוסה בפוליסה.

7.11. המבוטח העביר לחברה **"טופס תביעה של המבוטח"**, וצירף גם חשבוניות וכן מסמכים נוספים בהתאם למצוין בפוליסה.

7.12. **חוות דעת נוספת** - המבוטח רשאי לדרוש שמהמבוטח ייבדק על ידי רופא שיניים מטעמו כתנאי לאישור המוקדם או לתשלום, ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבוטח. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

7.13. **איסור השפעה על שיקול דעת** - מבוטח לא ישפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא ולא ייתן לו הוראות או הנחיות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי, בכפוף לכך שהרופא פועל על פי סטנדרטיים רפואיים מקובלים.

7.14. ההסכם על פיו ישולמו תגמולי הביטוח היה בתוקף לגבי המבוטח.

7.15. **תשלום תגמולי ביטוח למבוטח** - בוצע טיפול שיניים המכוסה על פי פוליסה זו אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבוטח ישולמו תגמולי ביטוח למבוטח:

1. בתוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת כל מסמכים הנחוצים לאשור ותשלום התביעה במשרדי החברה, כמפורט במפרט הטיפולים.

2. בהתאם לאמור בסעיף 8 תגמולי ביטוח להלן.

3. בהצגת חשבוניות המפרטות את עלות כל טיפול שבוצע ואת סך התשלומים בגינם שילם המבוטח.

4. אימות ביצוע שיחזור פרוטתי יכול להיעשות בדרכים הבאות:

■ צילום פוטוגרפי.

■ צילום רנטגן, שמבוצע על פי שיקול דעתו של הרופא המטפל לצרכים רפואיים.

■ צילום תבנית המעבדה עליה בוצע גשר / תותבת.

■ בדיקת רופא.

7.16. **תקופת ההתיישנות** של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זאת היא חמש שנים מיום קרות מקרה ביטוח.

8. תגמולי הביטוח

8.1. תשלום תגמולי הביטוח המגיעים למבוטח על פי הפוליסה ישולמו כנגד חשבוניות בה מצוין עלות כל טיפול ואת סך התשלומים בגינם שילם המבוטח ובתנאים המפורטים בפוליסה.

8.2. **לנותן השירות בהסכם** - ישולמו תגמולי ביטוח על פי תנאי ההתקשרות המסוכמים עמו ובתנאים המפורטים בפוליסה ובתנאי ששולמה לנותן השירות השתתפות העצמית של המבוטח בטיפול, במידה וקיימת כזו.

בוצע הטיפול המכוסה באמצעות רופא שאינו בהסכם - ישפה המבוטח את המבוטח בסכום ששילם המבוטח עבור הטיפול לרופא, בניכוי שער / סכום ההשתתפות העצמית בגין הטיפול המכוסה הנקוב בלוח התגמולים או בסכום תקרת ההחזר, הנמוך מבין השניים.

8.3. תשלום תגמולי הביטוח המגיעים למבוטח על פי הפוליסה - יבוצע באחת משתי הדרכים שלהלן:

1. למוטב (במקרה שבו המבוטח נפטר - לעיזבון /יורשי המבוטח) - כנגד חשבונית (בתנאים המפורטים בפוליסה).

2. לנותן השירות בהסכם - החברה תעניק למבוטח כתב התחייבות כספית לספק השירות, ככל שנדרש ובהתאם לתנאי הפוליסה.

8.4. כתב התחייבות כספית

המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות אשר יאפשר לו לקבל שירות רפואי ובלבד שהמבטח מחויב בתשלום עבור השירותים הנדרשים על פי תנאי הפוליסה.

מובהר, כי קבלת תגמולי הביטוח בפועל מותנית בביצוע הטיפול בפועל אצל נותן השירות כאמור בהתאם להוראות הפוליסה.

8.5. זכות קיזוז

המבטח רשאי לקזז מתגמולי הביטוח המגיעים למוטב בקרות מקרה הביטוח כל סכום שהמוטב חייב למבטח על פי כל דין.

8.6. נוהל הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח:

8.6.1. מבוטח שביצע טיפול שיניים המכוסה לפי פוליסה זו אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח ושאינו מחייב אישור מוקדם של המבטח, יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו הממשיות בגין אותו טיפול בניכוי סכום/ שיעור השתתפות עצמית או עד תקרת ההחזר הנקובה לאותו טיפול בלוח התגמולים, הנמוך ביניהם, בתוך 14 ימי עבודה מעת קבלת טופס תביעה של המבטח במשרדיו, בצירוף כל החשבוניות הן תצוין עלות כל אחד מהטיפולים בגינם נדרשת חברת הביטוח לשלם וכל המסמכים והצילומים הנדרשים למבטח לשם בירור חבותו בכפוף לסעיף 7.5 לעיל וככל שנדרשים לפני העניין.

8.6.2. מבוטח המבקש לעבור טיפול שיניים אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח והמחייב אישור מוקדם של המבטח, יעביר בעצמו את הבקשה לאישור מוקדם, המבטח ישיב למבוטח את תשובתו תוך 14 ימי עבודה. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו הממשיות בניכוי סכום/ שיעור השתתפות עצמית או עד תקרת ההחזר הנקובה לאותו טיפול בלוח התגמולים, הנמוך מביניהם, תוך 14 ימי עבודה מעת קבלת טופס תביעה של המבטח במשרדיו, בצירוף כל החשבוניות הן תצוין עלות כל אחד מהטיפולים בגינם נדרשת חברת הביטוח לשלם וכל המסמכים והצילומים הנדרשים למבטח לשם בירור חבותו בכפוף לסעיף 7.5 להלן וככל שנדרשים לפני העניין ובתנאי שקיבל המבוטח את האישור המוקדם של המבטח לביצוע הטיפול כפי שבוצע בפועל ובכפוף לאמור בסעיף 7.1 (להלן "אישור מוקדם לביצוע הטיפולים").

8.6.3. מבוטח שביצע, אצל נותן שירות שבהסכם, טיפול שיניים המכוסה לפי פוליסה זו, יהיה חייב בתשלום השתתפות עצמית כנקוב בלוח התגמולים לצד כל טיפול.

8.6.4. מבוטח המבצע אצל נותן שירות שבהסכם טיפול שיניים המכוסה לפי פוליסה זו, והמחייב אישור מוקדם של המבטח, נותן השירות יגיש למבטח במישרין את תכנית הטיפול. המבטח יעביר במישרין לנותן השירות את החלטתו, תוך 14 ימי עבודה מעת קבלת טופס התביעה בצירוף כל הצילומים והמסמכים לבירור חבותו. על גבי האישור יציין המבטח את סכום ההשתתפות העצמית אותו על המבוטח לשאת בגין כל טיפול. הכול בכפוף לאמור בסעיף 7.1 (להלן - "אישור מוקדם לביצוע טיפולים"). המבטח יסדיר את יתרת התשלום ישירות עם נותן השירות על פי תנאי ההתקשרות עמו.

- 8.7. המבוטח יישא במיסים החלים על דמי הביטוח.
- 8.8. יובהר כי הביטוח מתייחס לקבלת שירותים בישראל בלבד.
- 8.9. במקרה בו לא יימצא נותן שירות שבהסכם עם המבוטח (לרבות רופא מומחה), במרחק של 70 ק"מ ממקום מגוריו של המבוטח, יהיה רשאי המבוטח לפנות לרופא פרטי ולקבל החזר כספי בגין טיפולי השיניים שביצע במסגרת הפוליסה, בתוספת של עד 25% מתקרת החזר הנקובה בלוח התגמולים שמצורף לפוליסה זו.
9. סייגים לחבות המבוטח
- המבוטח יהיה פטור מכיסוי ו/או שיפוי ו/או פיצוי בגין כל אחד מהמצבים הבאים:
- 9.1. טיפול שיניים שהתבצע שלא בהתאם לתנאים המצוינים לגביו בפוליסה או בנספחי הטיפולים.
- 9.2. טיפולי שיניים הקשורים באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה.
- 9.3. טיפולים שיקומיים אשר הצורך המודגם לביצועם הינו אובדן חומר שן של פחות מ-2/3 כותרת השן.
- 9.4. ההזדקקות לטיפול השיניים נגרמה על ידי המבוטח/ת ובמזיד.
- 9.5. בגין תרופות שהמבוטח/ת נזקק/ה להן בקשר לטיפול שיניים.
- 9.6. בגין הוצאות שהוציא/ה המבוטח/ת עבור טיפולים שבוצעו על ידי אדם שאינו רופא שיניים כהגדרתו בפוליסה זו למעט טיפולי הסרת אבנית שבוצעו על ידי שיננית בפיקוח רופא שיניים.
- 9.7. מודגש ומובהר בזה, כי הכיסוי הביטוחי על פי פוליסה זו לא מעניק כיסוי ו/או שיפוי ו/או פיצוי ו/או תגמולי ביטוח כלשהם, יהיה מצב שינוי של המבוטח אשר יהיה, פרט לטיפולים המפורטים במפורש בנספח טיפולים ובתנאי שהמבוטח הכיר בקיומו של מקרה הביטוח.
- 9.8. חבות המבוטח לא תחול בגין טיפול שאינו מוגדר במפורש בהסכם זה ונספחיו.
- 9.9. המבוטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין כל טיפול אשר הוחרג במפורש בפוליסה ו/או בנספחיה, וכן בגין כל טיפול הוחרג ממכסת הטיפולים וממסגרת חבות המבוטח.
- 9.10. הכשלה של ברור החבות (סעיף 24 לחוק חוזה הביטוח) לא קוימה חובת המבוטח לפי סעיף 22 או לפי סעיף 23 לחוק חוזה ביטוח, וקוימה היה מאפשר למבוטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
- 9.10.1. החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.
- 9.10.2. אי קוימה או איחורה לא מנע מהמבוטח את ברור חבותו ולא הכביד על הבירור.
- 9.11. עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבוטח את ברור חבותו או להכביד עליו, אין המבוטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
10. יועץ הביטוח
- 10.1. חברת הייעוץ "פרש קונספט" תשמש כיועץ מלווה מטעם המבטחת (להלן: "יועץ הביטוח") במסגרת שירותיו, היועץ יעניק ייעוץ שוטף למבוטחים בפוליסה כמפורט להלן:
1. בירורים מול המבוטח בקשר לזכויות על פי הפוליסה.
2. בירורים מול המבוטח בקשר להחלטות המבוטח על פי הפוליסה.
3. מתן חוות דעת למבוטח לגבי בקשות לאישור תביעות על פי הפוליסה.

4. סיוע, מתן מידע ובירורים לגבי טענה או תלונה של המבוטח הקשורה בנהלי המבוטח והשירות הניתן על ידו.
- 10.2. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבוטח לפנות ליועץ הביטוח.
- 10.3. המבטח יעביר ליועץ הביטוח את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידי, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידי שולא באמצעות המבוטח.
- 10.4. יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה.
- 10.5. למען הסר ספק, אין בהחלטת יועץ הביטוח כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.
- 10.6. המבטח תישא בעלות שכר טרחת חברת הייעוץ פרש קונספט בגין ליווי שוטף וסיוע לבעל הפוליסה ולמבוטחים ביישום הפוליסה, שמירת זכויותיהם וקיום התחייבויותיהם.

11. רופא האמון

- רופא האמון מטעם חברת הייעוץ ילווה את הפוליסה ויעניק ייעוץ שוטף למבוטחים בכל עניין רפואי הנוגע לתנאי פוליסה זו.
- 11.1. בהתאם לבקשת המבוטח, רופא האמון יבדוק דחיות של תכניות טיפול או דחיות תשלום מסיבות דנטליות וישמש כמיישב מחלוקות ומוסכם בכל הקשור לתוכניות טיפול ו/או דחיות מסיבות דנטליות.
- 11.2. מבוטח שסבור שקיבל טיפול לקוי ו/או רשלני אצל רופא שיניים בהסכם, רשאי להביא את טענותיו להכרעה בפני רופא האמון. במידה ורופא האמון קבע שהטיפול היה לקוי ו/או רשלני, המבטח יישא בעלות הטיפול החוזר אצל רופא שיניים אחר שבהסכם ואשר הצדדים הסכימו עליו.
- 11.3. החלטתו של רופא האמון לא תפגע בזכות המבוטח לפנות ולמצות את טענותיו בפני כל ערכאה משפטית.

מפרט הטיפולים המכוסים בפוליסה - **צרופה א' לפרק ה' לפוליסה**

פרק א': טיפולים משמרים

א. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא ביצוע טיפול מניעתי או טיפול משמר בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המצוינים בפוליסה, בפרק זה ובכל טיפול.

יובהר כי לכל אחד מהכיסויים המפורטים בפרק זה, ישנה תקרה ספציפית ומאפיינים המשתנים לפי ההסכמים, כמו מכסות טיפול תקופתיות.

ב. תגמולי ביטוח

1. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות ששילם המבוטח בפועל לרופא המטפל כנגד חשבוניות ובניכוי 20% השתתפות עצמית בגין הטיפול המכוסה ועד לסכום תקרת ההחזר, הנמוך ביניהם, כמפורט בלוח התגמולים המצורף לפוליסה.

2. **נותן שירות בהסכם** - החברה תשלם ישירות לנותן השירות שבהסכם את תגמולי הביטוח על פי תנאי ההתקשרות בין החברה לנותן השירות בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של המבוטח לנותן השירות כנקוב לצד כל טיפול בפוליסה, במידה וקיים.

ג. סייגים לחבות המבטח

1. **בנוסף לאמור בסעיף החריגים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:**

א. לא יכוסה טיפול שהחל לפני כניסתו של המבוטח לביטוח כנקוב בדף פרטי הביטוח.
ב. לא יכוסה טיפול שיניים באם לא אומת בתיעוד רפואי בכתב, המודגם בצילום אבחנתי והמצביע על צורך בביצועו.

2. **תרופות שעל המבוטח לקחת לפני, במשך או לאחר הטיפול- ההוצאות יחולו על המבוטח.**

3. **הכיסוי אינו כולל, טיפול שיניים הקשור באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה.**

ד. רשימת הטיפולים המכוסים:

1. **הערכה מקיפה של הפה - מטופל חדש/מוכר**

הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר

בדיקה כללית בביקור ראשון אצל רופא השיניים, בדיקה שגרתית תקופתית, מעקב אחרי טיפולים שבוצעו וכן הכנת תוכנית טיפולים על פי תנאי הפוליסה. זכותו של מבוטח לבקש מהרופא המטפל להגיש תוכנית טיפול מוקדמת (בעיקר עקירות וטיפול שורש) על מנת שיידע מראש מה הטיפולים שישולמו ע"י המבטח. הבדיקה הראשונית תכלול רישום מלא של הממצאים הדנטליים והאורליים ורישום פרטים הנוגעים לבריאות הכללית של המבוטח ואשר יכולים להיות להם השלכה על הטיפול הדנטלי.

זכאות לשתי בדיקות למבוטח בשנת ביטוח.

2. צילומי רנטגן:

יש להעביר את הצילומים שנעשו למבטח לעיון המבטח, כאשר הם קריאים, ניתנים לפענוח ובעלי ערך אבחנתי.

2.1. צילומי נשך - שני צילומים צילום לצורך אבחון טיפול משמר.

כיסוי ביטוחי - זוג צילומים לשנת ביטוח.

2.2. צילום פריאפיקלי - צילומים המיועדים לאבחון (לא כולל צילומים הקשורים בעקירות וטיפול שורש).

כיסוי ביטוחי - שני צילומים לשנת ביטוח.

2.3. צילום אוקולוזלי - סיגרי - צילום לצורך אבחון בלסת מחוסרת שיניים.

כיסוי ביטוחי - שני צילומים לתקופת ביטוח.

המבטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

2.4. צילום פנורמי או צילום סטטוס מלא או צילום סטטוס מקביליות מלא - חובה לקבל הפניה של הרופא המטפל. לא יכוסה צילום סטטוס אצל מבטח חסר שיניים לחלוטין בלסת אחת או שתי לסתות ובמקרה זה ישולם צילום פנורמי או צילום סיגרי. כיסוי ביטוחי - צילום אחד לשלוש שנים.

2.5. הערות:

2.5.1. כל הצילומים משמשים כאמצעי עזר אבחנתי, על כן המבטח עומד על כך שהצילומים יהיו קריאים וניתנים לפענוח ובעלי ערך אבחנתי.

2.5.2. תנאי מוקדם לחבות המבטח בגין צילום הינו קבלת הצילום אצל המבטח.

3. טיפול מונע - מבוגר, הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן קבוע ומשן מעבר

טיפול מונע - ילד, הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן ראשוני ומשן מתחלף

טיפול הסרת אבנית (למבוגר וילד) במשן קבוע ומשן מעבר, כולל הסרת אבנית מכל משטחי השיניים בפה לרבות תחזוקת שתלים במידת הצורך והדרכה בצחצוח והיגיינה דנטאלית. ישיבת ניקוי אבנית לא תפחת מ-30 דקות. הכיסוי הביטוחי הינו 2 ישיבות בשנת ביטוח, בהפרש של חצי שנה בין ישיבה לישיבה.

4. הנחה מקומית של ג'יל פלואוריד

טיפול מונע הכולל פרופילקסיס והנחת או מריחת פלואוריד ג'יל או לכת פלואוריד על השיניים. הכיסוי הביטוחי הינו 2 בשנת ביטוח, בהפרש של 6 חודשים בין טיפול לטיפול, לילדים עד גיל 16 שנה.

5. איטום חריצים, לשן

איטום חריצים אוקולוזלים של שיניים קבועות באמצעות חומר מורכב. הכיסוי הביטוחי הינו 1 לכל רבע פה בשנה (שן אחת לכל רבע פה), לילדים עד גיל 16 שנה.

6. סתימות (שחזורים):

6.1. שחזור אמלגם - משטח 1, משן ראשוני או קבוע

שחזור אמלגם - 2 משטחים, משן ראשוני או קבוע

שחזור אמלגם - 3 משטחים, משן ראשוני או קבוע

שחזור אמלגם - 4 משטחים, משן ראשוני או קבוע

6.2. שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - משטח 1, קדמי

שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 2 משטחים, קדמי

שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 3 משטחים, קדמי

שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 4 משטחים או יותר, קדמי

תכוסה סתימה אחת בכל שן בשנה כאשר הצורך בה היא פגיעה עששתית בחומר השן. לא תאושר סתימה נוספת אם לא עברה לפחות שנה מסתימה קודמת (למעט סתימה אשר נעשתה אצל רופא הסכם ונשברה או נפלה).

במקרה של ביצוע סתימה לבנה בשיניים קדמיות לרבות בשיני חלב (23-13, -33-43) **הזכאות ל-2 סתימות בשן בשנה כאשר ביצוע השחזור הינו במשטח לא המשכי למשטח ששוחזר.**

כפיו מוך ישיר/לא ישיר כלול במחיר הסתימה.

מכוסה גם שחזור אמלגם על שן מוכתרת שבוצע בה טיפול שורש.

6.3. אחיזת פינים - לכל שן, בנוסף לשחזור

שחזור עם אחיזת פינים - מאושרים פינים פרה פולפריים. פינים מסוג דנטטוס ופרה פוסט לא מכוסים במסגרת זו.

6.4. סתימה זמנית - אין החזר נפרד עבור סתימה זמנית.

6.5. שחזור לאחר טיפול שורש - תאושר רק במידה והיא עונה על הקריטריונים של שיחזור תפקודי השן ואינה מחזקת בפינים מסוג דנטטוס או פרה פוסט.

4 סתימות ומעלה יש לצרף צילום נשך או פריאפיקלי.

7. כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשירה

כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן קבועה

לילדים עד גיל 16 שנה ובשיני חלב או שיניים קבועות, יאושרו כתרים טרומיים במידה ואין אפשרות לשחזור השן על ידי סתימת אמלגם. **הכיסוי הביטוחי הינו כתר טרומי אחד לשן בתקופת הביטוח.**

8. טיפולים אנדודנטליים:

טיפול זה כולל הוצאת מלוא מוך השן, ניקוי, הרחבה, שיוף, ניקוז מורסה, שטיפות בחומרים שונים, סתימת השן בחומר סתימה זמני ושטיפת תעלות השורש ומילוי התעלות בחומר מילוי.

8.1. טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי

טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי

טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי

טיפול שורש - 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי

8.1.1. טיפול שורש מכוסה במסגרת הביטוח בכל המקרים הדנטליים. דהיינו

באם הוא תוצאה ישירה מפגיעה כלשהי בעצב (במוך השן) אשר גרמה לדלקת מוך השן, נמק או מורסה. בכלל זה פגיעות פריודנטליות, פגיעות במסעף, סדק בשן שאינו נראה בצילום, פגיעות מטראומה אוקלוסאלית ואחרות, רגישות צווארית או סיבה רפואית אחרת המלווה במכתב של הרופא המטפל. **הכיסוי הביטוחי הינו טיפול שורש אחד לשן לתקופת ביטוח.**

8.1.2. לא יכוסה טיפול שורש בשן בריאה חסרת כל סימפטומים של דלקת, למעט מקרים חריגים של בקיעת יתר של השן הנראית בצילום פנורמי או נשך ומונעת אפשרות שיקום שיניים נגדיות בלסת הנגדית, או הטיה חזקה מזיאלית ו/או דיסטלית של שן/שיניים הנראית בצילום רנטגן אל מרווח השן החסרה המונעת אפשרות שיקום המרווח או שן פגועה מהשחזה או שן שחוקה או כאב כרוני שאינו מוסבר וקיימת המלצה של רופא השיניים לטיפול באמצעות טיפול שורש.

8.1.3. לתביעה בגין טיפול שורש יצורפו צילומים לפני ואחרי הטיפול, במידה ונעשו. במידה והמדובר במבוטחת בהריון, אזי אישור על עצם ההריון ייתר את הצורך בצילום.

8.2. **חידוש טיפול שורש - שן קדמית**

חידוש טיפול שורש - שן מלתעה

חידוש טיפול שורש - שן טוחנת

חידוש טיפול שורש - 4 תעלות

על המבוטח להגיש בקשה לאשור מראש לטיפול לפני התחלתו, למעט התחלת טיפול במצבים חריפים. כיסוי ביטוחי גם בביצוע חידוש טיפול שורש דרך הכתר ו/או במקרה הצורך של הסרת כתר. לא יכוסו חידושי טיפולי שורש בשיניים בהן טיפול השורש בוצע בתקופת הביטוח ושולמה תמורתו ע"י המבטח למעט אם חלפו לפחות שלוש שנים ממועד הביצוע. **הכיסוי הביטוחי הינו חידוש טיפול שורש אחד לכל שן לתקופת הביטוח.** לתביעה יש לצרף צילום לפני החידוש וצילום של סיום חידוש טיפול השורש, במידה ונעשו.

8.3. קיטוע מוך שן נשירה או קבועה, לא כולל סתימה סופית

בשיני חלב יאושרו קיטוע מוך חי (פולופוטומי). ההחזר עבור קיטוע מוך לשיניים חלביות ולשן שישית קבועה, כולל גם צילומים. **הכיסוי הביטוחי הינו קיטוע מוך אחד לכל שן חלב ו/או שן שישית בתקופת הביטוח.** לתביעה יש לצרף צילום של השן לפני ואחרי הטיפול, במידה ונעשו.

8.4. **טיפול שורש/ חידוש טיפול שורש על ידי מומחה**

במקרים בהם הרופא המטפל אינו מבצע את טיפול השורש או את חידוש טיפול השורש מחשש לסיבוכים והמבוטח מופנה לרופא מומחה לטיפול שורש, המבוטח ישלם ישירות לרופא השיניים המומחה, יגיש טופס תביעה חתום על ידי רופא השיניים בצירוף חשבונית ויקבל החזר בגין טיפול זה בתוספת של 15% מתקרת ההחזר הנקובה במחירון. **התשלום כפוף לקבלת אישור מראש מהמבטח.** לתביעה יש לצרף צילום של השן לפני ואחרי הטיפול, במידה ונעשו.

המבוטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

9. **טיפולים כירורגיים:**

9.1. **עקירות -** הכיסוי כולל עקירת שן שנפגעה בפגיעה עששית או פריודונטלית או חבלה או סיבה רפואית אחרת, אשר לא ניתן לטפל בה בטיפול משמר או משקם אחר.

כיסוי ביטוחי - עקירה אחת לשן לתקופת ביטוח.

הטיפול כולל אלחוש מקומי, תפרים במידת הצורך (והוצאתם), ביקורת, מרשמי תרופות (במשך או לאחר הטיפול), וייעוץ לפני ואחרי הטיפול. יש לצרף צילום עדכני לפני העקירה כתנאי מוקדם לאישור העקירה.

- 9.2. עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת**
 עקירה רגילה. הטיפול כולל הוצאת השן, ללא צורך בהסרת עצם או הפשלת מתלה רקמה רכה.
- 9.3. עקירה כיורוגית, שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה**
 עקירה כיורוגית. הטיפול כולל הוצאת שן אשר מחייבת חיתוך ברקמה רכה או קשה, כולל הפשלת מתלה, הורדת עצם מכתשית ו/או תפרים, כולל הסרתם. ההחזר כולל בין השאר צילום וטיפול לפני ואחרי העקירה.
- 9.4. עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת**
עקירה למטרה אורתודנטית, עקירה רגילה או כיורוגית שהינה למטרת טיפול אורתודנטי (יישור שיניים) תאפשר בכפוף לאישור מראש של המבטח, בכפוף להמצאת מכתב מאורתודנט וצילומים.
- 9.5. עקירה שארית כתורתית - שן נשירה**
 שן חלב שטופלה ושולם עבורה החזר ויש לעקרה בתוך שישה חודשים, תיעקר על ידי הרופא המטפל ללא קבלת החזר נוסף מהמבטח. במקרה כזה המבטח לא יהיה זכאי להחזר עבור העקירה.
- 9.6. עקירה כיורוגית - שן כלואה ברקמה רכה**
עקירה כיורוגית - שן כלואה במלואה ברקמה קשה
 הטיפול כולל הוצאת השן הכלואה, אשר הוצאתה מחייבת חיתוך ברקמה רכה או קשה, כולל הפשלת מתלה וכן סילוק עצם המכסה את השן באופן מלא או חלקי, לרבות תפרים והסרתם.
- 9.7. עקירה על ידי מומחה**
 במקרים בהם הרופא המטפל אינו מבצע את העקירה מחשש לסיבוכים ומפנה את המטופל לביצוע הטיפול אצל רופא מומחה בכירורגיה פה ולסת, ההחזר בגין הטיפול (לפי סעיף 9.3, 9.6) יהיה בתוספת של 15% מהנקוב בטבלת ההחזרים. **תשלום המבטח מותנה בקבלת אישור מראש**. לתביעה יש לצרף צילום של השן לפני הטיפול, במידה ונעשה.
- המבטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.
- 9.8. טיפול בסיבוכים, לאחר ניתוח, כגון מכתשית יבשה**
 טיפול בדלקת עצם המכתשית שהתפתחה לאחר עקירת שן.
 כיסוי ביטוחי - אחד לשן לתקופת ביטוח.
- 9.9. כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן קדמית, כולל סתימה רטורגרדית**
- 9.10. כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן מלתעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטורגרדית**
- 9.11. כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן טוחנת, שורש ראשון, כולל סתימה רטורגרדית**
 כיסוי ביטוחי - אחד לשן לתקופת ביטוח.
- הטיפול כולל הפשלת מתלה רקמה רכה והסרת עצם, כולל סתימה רטורגרדית במידת הנדרש. בעת הגשת התביעה יש לצרף צילומי רנטגן לפני הטיפול ובסיומו, במידה ונעשו. סכום ההחזר כולל את הצילומים.
- המבטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

9.12. המיסקציה: הטיפול כולל קיטוע השורש, גם ממקור פריודנטלי ו/או הנוגע בתהליך דלקתי ו/או תהליך חיצוי השן הנעשה לאחר אבחון הצורך ואיתור הנגע בצילום רנטגן.

כיסוי ביטוחי - אחד לשן לתקופת ביטוח.

9.13. חתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה: הטיפול כולל ניקוז מורסה כתחליף לניקוז כירורגי ויבוצע אם לא ניתן לטפל במורסה בדרך אחרת.

כיסוי ביטוחי - אחד לשן לתקופת ביטוח.

10. עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים:

10.1. טיפול לשיכוך כאב ובתנאי שאיננו חלק מטיפול בשיניים אחרות באותו ביקור.

10.2. מבטוח יהיה זכאי להחזר גבוה יותר מהקבוע במחירון הטיפולים אם בוצע טיפול העזרה הראשונה בשעות 20:00 עד 08:00 למחרת או בימי חג ושבט ו/או בחו"ל ובתנאי כי תצורף לתביעה חשבונית כרטיס אשראי או חשבונית אחרת המאמת את שעת הטיפול.

10.3. כיסוי ביטוחי - פעמיים לשנת ביטוח.

המבטוח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

11. שומר מקום קבוע, חד צדדי:

תותבת חלקית אשר תפקידה למנוע תזוזת שיניים סמוכות ולשמור על מרווח לשן קבועה שתבקע בעתיד בעקבות עקירת שן חלב. הטיפול כולל הכנת התותבת, עבודות במעבדה, הכנסת התותבת לפה, וכל הטיפולים הדרושים להכנת המקום והשיניים לקבלת "שומר המקום".

כיסוי ביטוחי - אחד ללסת לתקופת ביטוח.

המבטוח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

12. הוצאת אבן מבלוטת / צינור הרוק:

הטיפול יבוצע בעקבות חדירה של שיריי מזון ופלאק לתוכה, או עקב נשיכה עצמית של הצינורית או עקב אבן הנוצרת בבלוטת הרוק.

הכיסוי הביטוחי - אחד לתקופת הביטוח.

המבטוח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

13. כריתת ציסטה בלסת, קוטר עד 1.25 ס"מ:

הטיפול כולל חיתוך הרקמה הרכה, או סילוק רקמה דלקתית (ציסטה). בעת הגשת התביעה יש לצרף צילומי רנטגן לפני הטיפול ובסיומו. סכום ההחזר כולל את הצילומים.

כיסוי ביטוחי - אחד ללסת לתקופת ביטוח.

המבטוח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

14. פרנולקטומי

חיתוך הפרנום לשחרור הרקמות הרכות הנמשכות ויוצרות בעיה פריודונטלית או פונקציונלית.

כיסוי ביטוחי - אחד ללסת לתקופת ביטוח.

המבטוח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

15. סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות

הכנה ראשונית הכוללת סילוק אבנית והקצעת שורשים הינה פעולה אשר מטרתה הדרכת המתרפא בשמירה על היגיינה אוראלית, הסרת רובד בקטריאלי, אבנית, צמנטום פגוע ממשטחי השורש, ורקמה רכה בכיס החניכיים.

פעולה זו מתבצעת תחת הרדמה מקומית, ומדווחת על פי מספר הישיבות, כאשר כל ישיבה הינה בת 30 דקות לפחות.

כיסוי ביטוחי - מבוטח בוגר מעל גיל 25 שנה יהיה זכאי לארבע ישיבות לתקופת ביטוח, אחד לכל רבע פה.

מותנה בביצוע הטיפול על ידי רופאים מומחים למחלות חניכיים בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא שיניים "מורשה" שבהסכם עם המבטח.

פרק ב': שיקום הפה ושתלים

א. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא ביצוע שחזור שן או ביצוע שחזור באזור חסר שן בפה באמצעות התקנת שתל דנטאלי בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המצוינים בפוליסה, תחילת פרק זה ובכל טיפול. יובהר כי לכל אחד מהכיסויים המפורטים בפרק זה, ישנה תקרה ספציפית ומאפיינים המשתנים לפי ההסכמים, כמו מכסות טיפול תקופתיות.

ב. תגמולי ביטוח

1. תגמולי ביטוח לטיפולים המכוסים על פי פרק זה, אם התקיימו התנאים הבאים:
 - א. השלמת הטיפול המשמר, ובכלל זה גם עקירה, חידוש ו/או טיפול שורש.
 - ב. קבלת אישור החברה מראש, אלא אם צוין אחרת, לפני התחלת השחזת השיניים או כל טיפול שיקומי אחר.
 - ג. שתל דנטאלי יבוצע על ידי רופאים מומחים בכירורגיה פה ולסת ו/או מומחים למחלות חניכיים בעלי מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא שיניים "מורשה" שבהסכם עם המבטח.
2. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות ששילם המבוטח בפועל לרופא המטפל כנגד חשבונות בגין הטיפול המכוסה ובינכיו 20% השתתפות עצמית, או בסכום תקרת ההחזר הנמוך מבניהם, כמפורט בלוח התגמולים המצורף לפוליסה.
3. **נותן שירות בהסכם** - החברה תשלם ישירות לנותן השירות שבהסכם את תגמולי הביטוח על פי תנאי ההתקשרות בין החברה לנותן השירות בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של המבוטח לנותן השירות כנקוב לצד כל טיפול בפוליסה.
4. **תגמולי הביטוח כוללים:**
 1. כתרים זמניים, עבודות המעבדה וכל הנחוץ להכנסת השחזור לפה על פי הסטנדרטים הרפואיים המקובלים.
 2. את כל הנחוץ להתקנת השתל הדנטאלי בפה והנחת השיקום עליו על פי הסטנדרטים הרפואיים המקובלים.
 5. המוטב ייחשב כזכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, בתנאי כי גיל המבוטח בקרות מקרה ביטוח עולה על 25 שנה.
 6. הכיסוי הביטוחי לפי פרק זה, הינו 2 שתלים, 2 מבנים, 2 כתרים על שן טבעית או על גבי שתל שאושר ושולם על ידי המבטח לכל תקופת הביטוח.
- ג. **סייגים לחבות המבטח**
 1. בנוסף לאמור בסעיף החריגים הכללים בפוליסה, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
 - א. לא יכוסה טיפול שהחל לפני כניסתו של המבוטח לביטוח כנקוב בדף פרטי הביטוח.
 - ב. לא יכוסה טיפול שיניים באם לא אומת בתיעוד רפואי בכתב, המודגם בצילום אבחנתי והמצביע על צורך בביצועו.
 2. הכיסוי אינו כולל, שחזור שן או אזור בפה הקשור באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה.
 3. המבטח יהיה פטור מכיסוי ו/או שיפוי המוטב בגין טיפולים החורגים ממסגרת הכיסוי.

4. תרופות שעל המבוטח לקחת לפני, במשך או לאחר הטיפול- ההוצאות יחולו על המבוטח.
 5. הכיסוי לפי פוליסה זו אינו כולל החלפת שתלים לרבות החלפת שחזורים על גבי שתלים (מבנים על גבי שתלים/כתרים על גבי שתלים/גשרים על גבי שתלים/תותבות על גבי שתלים) מכל סוג שהוא.
 6. יאושר מבנה/כתר - רק על גבי שתל שאושר ושולם על ידי המבוטח.
 7. לא יכוסו שחזורים פרוטטיים כלשהם שנבנו על גבי שתלים, למעט אם השתל אושר ושולם על ידי המבוטח בתקופת הביטוח הזו.
 8. בכל מקרה בו נכשלה התקנת השתל ששולם על ידי המבוטח לא תכסה הפוליסה התקנת שתל חוזר במקום השתל שנכשל.
 9. הכיסוי לפי פוליסה זו אינו כולל החלפת שחזורים על שן מכל סוג שהוא.
- ד. רשימת הטיפולים המכוסים
1. טיפול פרוטטי המכוסה על פי פרק זה, יבוצע רק לאחר הגשת תוכנית טיפול למבוטח וקבלת אישור החברה מראש לבצוע התוכנית במלואה או בחלקה.
 - 1.1. לצורך קבלת אישור המבוטח יגיש רופא ההסכם או המבוטח, (במידה והינו מטופל בידי רופא שאינו בהסכם) לפי העניין, תכנית טיפולים, לאחר השלמת הטיפול המשמר, אליו יצורף צילום אשר על פיו נערכה האבחנה ותוכנית הטיפול וכל אמצעי אבחנה אחר ששימש להכנת תוכנית הטיפול כגון: צילומי פוטו/פנים מודל לימוד מגבס. יודגש כי הגשת התיעוד הרפואי למבוטח כאמור לעיל, ייעשה לפני השחזת השיניים או כל טיפול פרוטטי אחר.
 - 1.2. לצורך קבלת אישור החברה מראש לביצוע שתל דנטאלי, תוגש למבוטח על גבי טופס ו/או באמצעי דיגיטלי הנהוג אצל המבוטח תוכנית טיפולים חתומה על ידי רופא שיניים מומחה בכירורגיה פה ולסת או מומחה למחלות חניכיים (פריודונט) בעלי תעודת מומחיות ורישיון מטעם משרד הבריאות בישראל.
 - 1.3. בתוך 14 ימי עבודה, מיום קבלת כל החומר הרלוונטי במשרדי המבוטח, ימסור המבוטח למבוטח ו/או לרופא ההסכם לפי העניין, את תשובתו לתכנית הטיפולים המוצעת.
 - 1.3. תוקף האישור יפוג בתום 12 חודשים ממתן האישור או עד יום הפרישה, המוקדם ביניהם.
2. בניית תווך, כולל פנים לסוגיהם
- פין מוכן מראש לחיזוק שן עם סתימת שורש ומשמש לעיגון השלמת כותרת השן.
- כיסוי ביטוחי - הכיסוי הביטוחי למבנה ישיר או מבנה יצוק או מבנה על גבי שתל לפי העניין, סה"כ 2 מבנים לכל תקופת הביטוח. מבנה על גבי שתל יאושר בתנאי שהשתל אושר ושולם על ידי המבוטח.
- או לחילופין
3. מבנה יצוק בתוספת לכתר
- מבנה יצוק המבוצע במעבדה והוא מיועד לשחזור כותרת שן שעברה טיפול שורש והצילום האבחנתי מדגים צורך רפואי לכך.
- כיסוי ביטוחי - הכיסוי הביטוחי למבנה ישיר או מבנה יצוק או מבנה על גבי שתל לפי העניין, סה"כ 2 מבנים לכל תקופת הביטוח. מבנה על גבי שתל יאושר בתנאי שהשתל אושר ושולם על ידי המבוטח.

4. מבנה טרומי לשתל דנטלי

פירושו, מבנה המבוצע במעבדה ומיועד להנחתו על שתל דנטלי.

כיסוי ביטוחי - הכיסוי הביטוחי למבנה ישיר או מבנה יצוק או מבנה על גבי שתל לפי העניין, סה"כ 2 מבנים לכל תקופת הביטוח. מבנה על גבי שתל יאושר בתנאי שהשתל אושר ושולם על ידי המבטחת.

או לחילופין

5. כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה

תותבת חלקית קבועה משמעותה, מערכות שיקום באמצעות כתר. סוג הכתר/ים ייקבע על ידי הרופא המטפל.

מבטוח יהיה זכאי להשתתפות המבטח לטיפול על פי סעיף זה בהתקיימו התנאים כדלהלן:

5.1. בעקבות בעיה רפואית דנטאלית שאובחן בצילום אבחנתי כמפורט להלן:

טיפול שורש, חידוש טיפול שורש, הרס כותרתי מעל 2/3 כותרת השן.

5.2. הזכאות להשתתפות המבטח בעלות שיקום פרוטטי תקוים אם הצורך לביצוע השיקום נובע מצורך רפואי כמפורט בסעיף 5.1 לעיל, שאירע לפני תקופת הביטוח או במהלך תקופת הביטוח אשר אושר ושולם על ידי המבטח ללא סייגים.

5.3. הטיפול כולל: הכנת הפה והשיניים לשיקום, כתרים זמניים, עבודות המעבדה, הכנסת מערכות השיקום לפה, איזון מנשך, הדבקות, הלחמות והתאמות נדרשות והכל כלול במחיר הטיפול.

5.4. **כיסוי ביטוחי - הכיסוי הביטוחי עד 2 כתרים (על שן/על גבי שתל) לתקופת הביטוח. כתר על גבי שתל יאושר בתנאי שהשתל אושר ושולם על ידי המבטחת.**

או לחילופין

6. כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל

6.1. הבקשה לביצוע שיקום על גבי שתל תוגש למבטח בצירוף חוות דעת של כירורג / פריודונט המאשר הקלטות השתל לאחר חשיפתו ובצירוף צילום רנטגן, אם נעשה.

6.2. **כיסוי ביטוחי - הכיסוי הביטוחי עד 2 כתרים (על שן/על גבי שתל) לתקופת הביטוח. כתר על גבי שתל יאושר בתנאי שהשתל אושר ושולם על ידי המבטחת.**

7. החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחביבור של כיפת ריפוי

7.1. שתלים שאושרו על ידי המבטח באישור מוקדם, יבוצעו אך ורק על ידי רופא שיניים מומחה בכירורגיה פה ולסת או מומחה למחלות הניכיים (פריודונט) בעלי תעודת מומחיות ורישיון מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא שיניים "מורשה" בהסכם.

7.2. **סוג השתל והמבנה לשתל דנטאלי - השתל שיוקטן יהיה מאושר לשימוש ע"י משרד הבריאות, האגף למכשירים רפואיים (א.מ.ר.).**

7.3. הכיסוי הביטוחי להתקנת שתל הינו באזור בו נעקרה שן לפני תקופת הביטוח או במהלך תקופת ביטוח זו שאושרה ושולמה על ידי המבטח וקיימת זכאות לשתל על פי התנאים המפורטים בפרק זה להלן.

7.4. יאושר שיקום באמצעות שתל למטרת שיקום קבוע בלבד ולא כפתרון ביניים עד לביצוע הטיפול הקבוע. לאמור, לא יהיה כיסוי לשתל זמני.

7.5. **כיסוי ביטוחי - הכיסוי הביטוחי עד 2 שתלים לתקופת הביטוח.**

לוח תגמולי הביטוח - צרופה ב' לפרק ה' לפוליסה

הסכומים שבטבלה להלן נכונים ליום 1.11.2025 לפי מדד ספטמבר 2025 שפורסם ביום 15.10.2025.

טיפולים משמרים

קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D0120000	הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר	שתי בדיקות לשנת ביטוח.	93.00	58.00
D0150000	הערכה מקיפה של הפה - מטופל חדש/ מוכר		93.00	58.00
D0210000	צילום סטטוס מלא או לחילופין	צילום אחד לשלוש שנים.	116.00	58.00
D0210020	צילום סטטוס מקבילות מלא או לחילופין		116.00	58.00
D0330000	צילום פנורמי		116.00	58.00
D0240000	צילום אוקלזלי	שני צילומים לתקופת ביטוח.	23.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.
D0272000	צילום נשך - שני צילומים	שני צילומים לשנת ביטוח.	23.00	6.00
D0220000	צילום פריאפיקלי	שני צילומים לשנת ביטוח.	23.00	6.00
D1110000	טיפול מונע - מבוגר. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן קבוע ומשן מעבר	שתי ישיבות הסרת אבנית לשנת ביטוח, בהפרש של חצי שנה בין ישיבה לישיבה.	120.00	50.00
D1120000	טיפול מונע - ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן ראשוני ומשן מתחלף			
D1208000	הנחה מקומית של גיל פלואוריד	שתי ישיבות בשנת ביטוח, בהפרש של 6 חודשים בין טיפול לטיפול, לילדים עד גיל 16 שנים.	81.00	58.00

קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D1351000	איטום חריצים, לשן	לילדים עד גיל 16 שנים, אחד לכל רבע פה לשנה- שן אחת לכל רבע פה.	93.00	58.00
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח.	174.00	58.00
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	עקירה למטרת יישור שיניים, אחת לתקופת ביטוח. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	174.00	58.00
D7140010	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן שניה באותה ישיבה	עקירה רגילה/כירורגית, אחת לשן בתקופת ביטוח.	116.00	58.00
D7111000	עקירת שארית כותרתית- שן נשירה	עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח.	116.00	58.00
D7210000	עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה	עקירה אחת לשן בתקופת הביטוח.**	231.00	58.00
D7220000	עקירה כירורגית - שן כלואה ברקמה רכה	עקירה אחת לשן בתקופת הביטוח.**	231.00	58.00
D7240000	עקירה כירורגית - שן כלואה במלואה ברקמה קשה			
D9930000	טפול בסיבוכים, לאחר ניתוח, כגון מכתשית יבשה		116.00	58.00
D3410000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן קדמית, כולל סתימה רטרוגרדית	אחד לשן לתקופת ביטוח.	340.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.
D3421000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן מלתעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית			
D3425000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי, שן טוחנת, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית			
D7510000	חיתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה	אחד לשן לתקופת ביטוח.	230.0	58.00

קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D3920000	המיסקציה	אחד לשן לתקופת ביטוח.	289.00	58.00
D3220000	קטוע מוך שן נשירה או קבועה, לא כולל סתימה סופית	אחד לשן בתקופת ביטוח.	116.00	58.00
D3310000	טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי	טיפול שורש אחד לשן לתקופת ביטוח**	350.00	81.00
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		תעלה אחת - 350.00	תעלה אחת - 81.00
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		שתי תעלות - 470.00	שתי תעלות - 81.00
D3330000	טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי		580.00	81.00
D3339000	טיפול שורש - 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי		700.00	81.00
D3346000	חידוש טיפול שורש - שן קדמית		400.00	81.00
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה	חידוש טיפול שורש אחד לשן לתקופת ביטוח** יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	תעלה אחת - 400.00	תעלה אחת - 81.00
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה		שתי תעלות - 520.00	שתי תעלות - 81.00
D3348000	חידוש טיפול שורש - שן טוחנת		600.00	81.00
D3349000	חידוש טיפול שורש - 4 תעלות		750.00	81.00

קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D2140000	שחזור אמלגם משטח 1, משן ראשוני או קבוע	סתימה אחת לשן בשנה.	180.00	58.00
D2150000	שחזור אמלגם - 2 משטחים, משן ראשוני או קבוע			
D2160000	שחזור אמלגם - 3 משטחים, משן ראשוני או קבוע			
D2161000	שחזור אמלגם - 4 משטחים, משן ראשוני או קבוע			
D2330000	שחזור מרוכב על בסיס שרף / אקריל - משטח 1, קדמי	שתי סתימות לכל שן בשנה בשיניים קדמיות 13-23 ו-33-43 לרבות בשיני חלב.	180.00	81.00
D2331000	שחזור מרוכב על בסיס שרף / אקריל - 2 משטחים, קדמי			
D2332000	שחזור מרוכב על בסיס שרף / אקריל - 3 משטחים, קדמי			
D2335010	שחזור מרוכב על בסיס שרף / אקריל - 4 שטחים או יותר, קדמי			
D2951000	אחיזת פינים - לכל שן, בנוסף לשחזור		35.00	11.57
D2930000	כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשירה	כתר טרומי אחד לשן לתקופת ביטוח, לילדים עד גיל 16 שנים.	116.00	57.83
D2931000	כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן קבועה			
D9110000	עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים	עזרה ראשונה בימי חול, פעמיים בשנת ביטוח.	116.00	57.83
		עזרה ראשונה בלילה בשעות 20:00 ועד 08:00 למחרת ו/או בימי חג ושבט ו/או בחו"ל.	230.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.

קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D1510000	שומר מקום קבוע, חד צדדי	אחד ללסת לתקופת ביטוח.	350.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.
D7980000	הוצאת אבן מבלוטת / צינור רוק	אחד לתקופת ביטוח.	290.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.
D7960000	פרנולקטומי	אחד ללסת לתקופת ביטוח.	290.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.
D7450000	כריתת ציסטה בלסת, קוטר עד 1.25 ס"מ	אחד ללסת לתקופת ביטוח.	290.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע.
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות	מבוטח בוגר מעל גיל 25 יהיה זכאי לארבע ישיבות לתקופת ביטוח ולא יותר מישיבה אחת ביום. מותנה בביצוע הטיפול על ידי רופאים מומחים למחלות חניכיים	120.00	252.00
*בפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה 80% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות, אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר שנקוב לעיל, הנמוך ביניהם.				
**תוספת של 15% לטיפול מאושר לביצוע על ידי מומחה.				
הערות: חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.				

טיפולים לשיקום הפה ושתלים

קודי טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	מבוטח בוגר מעל גיל 25 שנים, יהיה זכאי ל-2 שתלים, 2 כתרים ו-2 מבנים על גבי שן טבעית או על גבי שתל לתקופת הביטוח. מבנה כתר על גבי שתל יאושר רק על גבי שתל שאושר ושולם על ידי המבטח.	600.00	1,200.00
D2751000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה או לחילופין		600.00	800.00
D6060000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל		600.00	800.00
D2950000	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם או לחילופין		140.00	180.00
D2952000	מבנה יצוק בתוספת לכתר או לחילופין		200.00	380.00
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי		200.00	380.00
*בפניה לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה 80% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול הנמוך ביניהם.				
הערות: חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.				

רובד הרחבה

פרק ו': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון

פרק זה יחול על מבוטח שיבחר להיות מבוטח ברובד הרחבה הכולל כיסוי לניתוחים בישראל במסלול ניתוחים מהשקל הראשון

1. הגדרות

בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:

1.1. בית חולים פרטי:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
אחד מאלה:

(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013;

(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2. התייעצות:

התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

1.3. טיפול מחליף ניתוח:

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

1.4. מרפאה כירורגית פרטית:

מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

1.5. ניתוח:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.6. קופת חולים:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.7. רופא מומחה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.8. שתל:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.9. הסדר ניתוח:

הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.10. הסדר התייעצות:

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

1.11. תקופת אכשרה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

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

3. הכיסוי הביטוחי

בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מקרים אלה:

3.1. **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח** ועד לסך של 1500 ₪ (צמוד למדד) להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

3.2. שכר מנתח;

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

3.4. **טיפול מחליף ניתוח**; וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

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

4. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.1. מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

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

4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיות, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

4.3.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

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

4.5. השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023;

4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

4.7. מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;

4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;

4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לבירור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא

רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהייתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

6. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

- 6.1. פרק זה כפוף לכל התנאים הכלליים.
- 6.2. כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים, יחייב לעניין פרק זה רק אם נכלל במפורש בפרק.
- 6.3. במקרה של סתירה בין האמור בפרק זה לבין האמור בפרק אחר של הפוליסה ו/או בתנאים הכלליים, יחייבו לעניין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה הוראות פרק זה.

7. תקופת אכשרה

- 7.1. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- 7.2. על אף האמור בסעיף 7.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

פרק ז': ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל - ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית לבעלי שב"ן בקופת חולים

פרק זה יחול על מבוטח שיבחר להיות מבוטח ברובד הרחבה הכולל כיסוי לניתוחים בישראל במסלול ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית

1. הגדרות

בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:

1.1. בית חולים פרטי:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי תכנית זו, תחול ההגדרה שלהלן:
אחד מאלה:

- בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013;
- בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2. התייעצות:

התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

1.3. טיפול מחליף ניתוח:

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

1.4. מרפאה כירורגית פרטית:

מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

1.5. ניתוח:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.6. קופת חולים:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.7. רופא מומחה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.8. שתל:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.9. תקופת אכשרה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

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

תגמולי ביטוח

הסדר ניתוח - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

3. בקרות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

3.1. החברה תשפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל, רק במקרים הבאים:

3.1.1. שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם החברה;

3.1.2. שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם החברה;

3.1.3. שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא בכיסוי פוליסת הביטוח בחברה, כאשר מימון הניתוח יהיה על ידי השב"ן.

3.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן, כהגדרתה בסעיף 5 להלן, או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה

הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 3.2 זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

3.3 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, ייתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות 5 להלן בהתאם לניתן בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

4. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח ובכפוף להוראות סעיף 3 לעיל, יהיה זכאי המבוטח כדלקמן:

4.1 **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1500 ₪ להתייעצות (צמוד למדד) אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.** לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

4.2 **שכר מנתח;**

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

4.4 **טיפול מחליף ניתוח;** וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין 4.2 ו-4.3 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

5. זכאות לברות ביטוח

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו ו/או זכאותו של המבוטח בשב"ן מסיבה כלשהי (לעיל ולהלן: **"הפסקת החברות בשב"ן"**) ו/או קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי סעיף 3.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת החברות בשב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ברצף ביטוחי ללא כל תקופת אכשרה וללא הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים "מהשקל הראשון" תהא למפרע על פי מועד הפסקת החברות בשב"ן.

6. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 6.1. מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 6.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 6.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיות, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 6.3.2. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 6.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.5. השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023;
- 6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 6.10. מקרה ביטוח שאין לחברה לגביו הסדר ניתוח, עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי למעט כאמור בסעיף 3.1.2 לעיל.

7. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לבירור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהייתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

8. התחייבות המבוטח

המבוטח נדרש לפעול למימוש מלוא זכויותיו בשב"ן ולשתף לשם כך פעולה עם החברה, וכן להודיע לחברה בהקדם, ככל שניתן, על כל החלטה של השב"ן הרלוונטי לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצעו לגביו על ידי השב"ן.

9. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

- 9.1 פרק זה כפוף לכל התנאים הכלליים.
- 9.2 כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים, יחייב לעניין פרק זה רק אם נכלל במפורש בפרק.
- 9.3 במקרה של סתירה בין האמור בפרק זה לבין האמור בפרק אחר של הפוליסה ו/או בתנאים הכלליים, יחייבו לעניין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה הוראות פרק זה.

10. תקופת אכשרה

- 10.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- 10.2 על אף האמור בסעיף 10.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

פרק ח': בדיקות וכיסויים נוספים

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **"ניתוח גדול"** - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 1.2. **"בדיקות ושירותים להריון"** -
 - 1.2.1. בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.2.2. בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.2.3. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.2.4. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
 - 1.2.5. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסטי שליה לרבות צ'יפ גנטי.
 - 1.2.6. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
 - 1.2.7. בדיקת אקו לב של העובר.
 - 1.2.8. בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון: VERIFI ואחרים.
 - 1.2.9. שימור דם טבורי.
 - 1.2.10. כל בדיקה אחרת הנדרשת למבוטחת במהלך ההריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.
- 1.3. **"בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני הריון"**: סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
- 1.4. **"מוסד החלמה"**: מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי ומוכר על ידי משרד הבריאות כמוסד החלמה. למען הסר ספק, מוסד החלמה אינו בית מלון או בית הבראה.
- 1.5. **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו למבוטח שלא בעת אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח. המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

3. שירותי היעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח:

בקרת מקרה הביטוח, המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן:

- 3.1. **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישפה את המבוטח עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא

יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח שהינו עד 5,256 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.2. **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:** המבטח ישפה את המבטוח עבור חוות דעת שניה לפענוח של בדיקת הדמיה אצל רופא רדיולוג מומחה עד סכום מרבי של 3,504 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.3. **טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים:** המבטח ישפה את המבטוח בגין טיפולי פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה לרבות במים מתוקים או מלוחים עד 175 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהטיפול המלץ ע"י רופא אורתופד מומחה.

3.4. **טיפול שיקום אחרי ניתוח ו/או תאונה:** המבטח ישפה את המבטוח בגין טיפולי שיקום לאחר תאונה ו/או ניתוח ועל פי הוראת רופא, כמפורט להלן: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק, עד 292 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

בדיקות ושירותים אונקולוגיים:

3.5. **טיפולים אונקולוגיים:** המבטח ישפה את המבטוח עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבטוח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure, טיפולי הימפוליטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביווד רדיואקטיבי, טיפולים בקריין וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבטוח. המבטח ישפה את המבטוח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 100,000 ₪ לכל שנת ביטוח. המבטח ישפה את המבטוח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.

שירותי רפואה גנטיים:

3.6. **בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות:** בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או המינון. בדיקת נשאות גנטית של מבטוח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבטוח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבטוח לא יותר מהסכום של 35,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. לא יאושר תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה בדיקת מי שפיר.

טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים:

3.7. המבטח ישתתף בהוצאות המבטוח בגין טיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת, ולא יותר מהסכום של 5,840 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

שירותי רפואה קרדיולוגיים:

3.8. **מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי:** המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבטוח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבחן צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבטוח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום של 175 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.

3.9. **התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב:** המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבטוח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח, בתנאי

שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל ועד 234 ש לחודש ועד 9 חודשים.

שירותים רפואה כלליים:

3.10. **שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול:** המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם השהייה במוסד החלמה הייתה ביום שחרורו מבית החולים וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום 818 ש ליום ועד 14 יום.

3.11. **טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום 4,672 ש לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.12. **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי:** או טיפול ב-amblyopia המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום 234 ש לטיפול בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים.

3.13. **אחות פרטית:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אחות/פרטית, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מהסכום 876 ש לכל יום ועד 14 ימים בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 15% מההוצאה.

3.14. **אביזרים רפואיים:** המבוטח זכאי להחזר בגין הוצאות עבור אביזר רפואי כגון: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP. מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורט וקונט, שתל כוכולארי ו/או נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין או אביזר אחר שמטרתו זהה למטרת האבזרים ברשימה זו. ההחזר הינו עד הסכום 3,504 ש לתקופת הסכם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.15. **חדר מלח:** המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, בכפוף להפניית רופא מומחה ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח ועד סכום של 140 ש לטיפול.

3.16. **שיקום הליכה ויציבה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, לטיפול בהפרעה נוירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבוטח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, או בלט דיסק הלוחץ על השק הדורלי או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק. מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא אורתופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום, עד סכום של 8,176 ש לתקופת הסכם ויתחדש כל תקופת בדיקה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.17. **פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח:** מבוטח אשר יאושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על ידי המבטח בפיצוי יומי החל מהיום השלישי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 יום עד 467 ₪ ליום.

3.18. **הזרקת חומרי סיכון למפרקים, אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכון למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 4,672 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.19. **טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות לרבות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים), עד סכום מרבי של 4,088 ₪ למקרה ביטוח. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.20. **הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 5,840 ₪ למקרה ביטוח. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.21. **הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 5,840 ₪ למקרה ביטוח. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.22. **הזרקות לטיפול בהזעת יתר:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 7,008 ₪ למקרה ביטוח, ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.23. **הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות, עד סכום מרבי של 2,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מ-11,680 ₪ לסדרת הזרקות ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.

3.24. **בדיקות ראייה באשפוז:** המבטח ישפה את המבטח בגין בדיקת ראייה שבוצעה במהלך אשפוז או בביתו של המבטח לאחר תאונה או מחלה שבגינה המבטח מאושפז או

מרותק לביתו. המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, עד סכום שיפוי מרבי עד 234 ש' לבדיקה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

התפתחות הילד:

3.25 **טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 16-3 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח של 2,920 ש' לתקופת הסכם, כפוף להשתתפות עצמית של 20%.

המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למטפל / למכון שבהסכם עבור טיפולים בהתפתחות הילד, לילד מבוטח, בגין בעיות התפתחות שאובחנו ע"י רופא נירולוג מומחה או רופא מומחה להתפתחות הילד, לילדים מגיל 16-3. טיפול יעשה על ידי פסיכותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או טיפולים בתנועה ו/או באומנות ו/או רכיבה טיפולית ו/או הוראה מתקנת ו/או שחיה טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח של 175 ש' לטיפול כפוף להשתתפות עצמית של 20% עד 12 טיפולים לתקופת הסכם וייתחדש כל תקופת בדיקה.

רפואה מונעת:

3.26 **רפואה מונעת מגיל 50 ואילך:** המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, עד 409 ש' לכל בדיקה עד שלוש בדיקות לתקופת הסכם וייתחדש כל תקופת בדיקה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

הריון ולידה:

3.27 **בדיקות ושירותים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח/ת תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל, בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.2 לעיל, עד 5,840 ש'; בגין בדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.3, עד 1,168 ש'; ובגין יעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההריון או לאחריו, עד 2,336 ש'. **בהריון מרובה עוברים התקרות תהיינה 150% מהתקרות הנקובות לעיל.**

3.28 **טיפול פריין לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח/ת ב-80% מהסכום ששילם/ה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת בדיקות ו/או טיפולי פריין של המבוטח/ת, לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטח/ת להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום לקוי פריין בישראל, וזאת עד תקרת הסכום 23,360 ש' לכל ילד ועד לשני ילדים. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול.

3.29 **מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח ב-75% מהסכום ששילם בפועל בגין הבדיקות הרפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות ובתנאי שהפונדקאות נעשתה עפ"י הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 וזאת עד תקרת הסכום 29,200 ש' לטיפול. במסגרת הטיפולים בסעיף זה, יכוסו גם טיפולי הפריה חוץ גופית. להסרת ספק, במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על-פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד. יובהר כי המדובר בבדיקות ושירותים להריון, כולל בדיקות טרום הריון ובדיקות גנטיות בלבד ולפונדקאית בלבד.

4. שיפוי שב"ן:

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ובניכוי ההשתתפות העצמית הקבועה בה.

5. תקופת אכשרה: 90 יום, למעט הכיסויים הכלולים בפרקים: התפתחות הילד והריון ולידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום.

פרק ט': כתב שירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

1. מבוא

המנוי יהיה זכאי לשירותים הכלולים בכתב שירות זה **אצל** נותן שירות שבהסכם בלבד, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן ובלבד שצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה כלול בפוליסה על שם המנוי והינו בתוקף על שם המנוי, במועד קבלת השירותים בפועל.

2. הגדרות

2.1. בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדמ:

"החברה"	הראל חברה לביטוח בע"מ
"ספק השירות" או "הספק"	הגוף עימו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה, אשר פרטיו מפורטים בדף פרטי הביטוח.
"מוקד השירות" או "המוקד"	קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו יווסתו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי פוליסה זו. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: 072-2756606
"הפוליסה"	הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה
"מנוי"	אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב השירות והינו זכאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות.
"דמי מנוי"	הסכומים בגין כתב שירות זה שעל המנוי לשלם לחברה, על פי תנאי כתב שירות זה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
"דף פרטי הביטוח"	דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין היתר, את פרטי המנוי, דמי המנוי, המועד הקובע ופרטים נוספים הנוגעים לכתב השירות.
"המועד הקובע"	מועד כניסתו לתוקף של כתב השירות, לגבי המנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
"כתב השירות"	כתב שירות זה המקנה, על פי הוראותיו, זכאות למנוי לקבלת השירותים.
"נותן השירות"	מטפל באחד או יותר מתחומי השירותים אשר עבר הכשרה לעסוק בתחום הטיפול בו הוא משמש כמטפל .
"נותן שירות שבהסכם"	נותן שירות עמו התקשר הספק למתן השירותים למנויים ובלבד שהינו צד להסכם התקשרות עם הספק במועד פניית המנוי למוקד לצורך קבלת השירות .
"נותן שירות אחר"	נותן שירות שאינו נותן שירות שבהסכם.
"השירות" או "השירותים"	שירותי רפואה משלימה הכלולים במפורש ברשימה שבסעיף 2.1 להלן, בהתאם לתיאור המפורט בצידם שינתנו למנוי על פי הוראות כתב שירות זה.

"השתתפות עצמית"	סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו לשם קבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות.
"מדד"	מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות), שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר ולרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.
"סכום השיפוי המרבי"	הסכום המרבי שישלם הספק למנוי בגין השירותים כמפורט בכתב השירות.
"רופא"	מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.
"שנה"	תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה מתחילה במועד הקובע.
"תקופת אכשרה"	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי ממועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי המנוי, ומסתיימת בתום 90 יום ממועד כניסת כתב השירות לתוקף לגבי המנוי שבמהלכה לא יהיה זכאי המנוי לקבלת השירותים מכוח כתב השירות (למעט שירותים הנדרשים בעקבות תאונה). תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופה שבה הוא מנוי ברצף, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לכתב השירות מחדש, בתקופות בלתי רצופות. הספק לא יספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה. לעניין זה "תאונה" - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידי לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות, לא יחשבו כ"תאונה".

2.2. כל האמור בכתב השירות בלשון יחיד אף בלשון רבים משמעו, וכל האמור בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.

2.3. כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד והן לא תשמשנה לצורך פרשנות.

3. השירותים

- 3.1. **השירותים הכלולים בכתב שירות זה הינם כמפורט להלן, ושירותים אלו בלבד:**
 - 3.1.1. **אקופונקטורה (דיקור סיני)** - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
 - 3.1.2. **שיטת טווינה** - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב עיסוי רקמות עמוק.
 - 3.1.3. **רפלקסולוגיה** - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.

- 3.1.4. **שיאצו** - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף.
- 3.1.5. **פלדנקרייז** - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 3.1.6. **אוסטיאופתיה** - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 3.1.7. **ביו-פידבק** - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 3.1.8. **ייעוץ דיאטטי** - התאמה אישית של תכנית תזונה למנוי.
- 3.1.9. **הומיאופתיה** - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- 3.1.10. **כירופרקטיקה** - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 3.1.11. **נטורופתיה** - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 3.1.12. **פרחי באך** - תמציות פרחים המסייעות ומונעות היווצרותה של הפרעה גופנית לפני שהיא מתבטאת במחלה.
- 3.1.13. **חדרי מלח** - טיפול בחדר מלח שהינו חדר המדמה מערת מלח, היות וכל פינוטיו - הקירות, התקרה והרצפה - מצופות בשכבת מלח יבש בעובי וריכוז המשתנים ממקום אחד למשנהו, אך ריכוזו של המלח הוא תמיד גבוה מאוד ותמיד טבעי תוך הזרמת חלקיקי מלח יבש אל תוך החדר. הטמפרטורה בחדר מלח עומדת על כ-22 מעלות והלחות עומדת על כ-41 אחוזים.
- 3.1.14. עיסוי רפואי עקב אשפוז לאחר תאונה - **עיסוי אליו הופנה המנוי על ידי רופא שסיבתו הישירה הנה עקב תאונה שבגינה אושפז המנוי ושארעה למנוי במועד שכתב השירות בתוקף, ובתנאי שבוצע לא יאוחר מ-12 חודשים ממועד התאונה, שמטרתו להחזיר לגוף יכולת תפקוד תקינה, הקלה על כאבים, שחרר שרירים מכווצים (תפוסים), ושיפור טווחי התנועה במפרקים.**
- 3.2. השירותים יינתנו במרפאות נותן השירות שבהסכם בלבד. במקרה בו לא קיים נותן שירות שבהסכם ברדיוס של עד 30 ק"מ ממקום מגוריו של המנוי יהא זכאי המנוי לקבל שיפוי חלקי כמפורט בסעיף 5.6 להלן.
- 3.3. על אף האמור לעיל, השירותים המופעים ברשימה הסגורה שלהלן, יכול שיינתנו בבית המנוי או במרפאת נותן השירות לפי בחירת המנוי: אקופונקטורה (דיקור סיני), שיטת טווינה, רפלקסולוגיה, שיאצו, פלדנקרייז, אוסטיאופתיה כמפורט בסעיפים 3.1.1 עד 3.1.6 לעיל.
- 3.4. למען הסר ספק, השירותים לא יינתנו בבתי מלון.
4. תנאי מהותי להתחייבויות הספק על פי כתב השירות
- 4.1. בכל עניין הקשור בקבלת שירותים על פי כתב השירות, המנוי יפנה למוקד השירות ויפעל בהתאם להוראות המפורטות בכתב השירות להלן. הדבר לא יגרע מאפשרותו של המנוי לפנות למוקד השירות של החברה.
- 4.2. קבלת אישור הספק מראש ובכתב לקבלת השירותים או לשיפוי בגינם, טרם ביצוע השירותים בפועל, הינה תנאי מהותי. במקרה שלא פנה המנוי מראש לקבלת אישור הספק לביצוע השירות מסיבות מוצדקות, ונמצא כי היה זכאי לקבלת השירות על פי ההוראות המפורטות בכתב השירות, יהיה זכאי על פי הזכויות הנקובות בהוראות אלו.

5. התחייבות הספק

- 5.1. מנוי, שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לקבל את השירות לאחר תקופת אכשרה בת 90 יום, באמצעות נותן שירות שבהסכם, בכפוף להוראות כתב השירות ועל פי המפורט להלן:
- 5.2. המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות, אם המליץ, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של הפונה בגדר מנוי הזכאי לקבל את השירות המבוקש, בהתאם לכתב השירות.
- 5.3. סידרת הטיפולים לה יהא זכאי המנוי, תכלול עד 12 (שנים עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת, בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או מספר בעיות רפואיות באותה שנה, ובין אם הטיפולים יינתנו ע"י נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירות שפורטו לעיל ובין אם בטיפול משולב של נותני שירות בתחומי שירותים שונים, ובכל מקרה לא יותר מ-12 טיפולים בשנת ביטוח אחת.
- 5.4. אישר מוקד השירות בכתב את זכאות המנוי לשירות המכוסה על פי הוראות כתב השירות, יהיה זכאי המנוי לבחור את קבלתו כדלקמן:
- 5.4.1. פגישת הייעוץ הראשונה, תתואם על ידי מוקד השירות תוך 2 ימי עסקים מקבלת פניית המנוי למוקד. סדרת הטיפולים ומועד המזדק, יתואמו במלואם ע"י המנוי, מול נותן השירות שבהסכם אצלו נערך הייעוץ הראשון.
- 5.4.2. המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות בהסכם כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות.
- 5.4.3. רשימת נותני השירותים שבהסכם, תשתנה מעת לעת.
- 5.4.4. השתתפות עצמית:
- המנוי ישלם בגין קבלת השירות אצל נותן השירות שבהסכם, השתתפות עצמית כמפורט להלן:
- 5.4.4.1. סך של 70 ₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם **בבית המנוי** בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.6 עד 3.1.14 לעיל.
- 5.4.4.2. סך של 55 ₪ עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע **במרפאת נותן השירות** שבהסכם בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.1 עד 3.1.14 לעיל.
- סכום ההשתתפות העצמית ישולם על ידי המנוי לנותן השירות שבהסכם או לספק, כפי שיימסר לו על-ידי מוקד השירות אך בשום אופן לא באמצעות החברה.
- על המנוי לשלם את סכום ההשתתפות העצמית לצורך קבלת השירותים בפועל.**
- 5.4.5. השירותים על-פי כתב השירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של נותן השירות שבהסכם.
- 5.4.6. במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ-12 שעות טרם מועד הטיפול. **למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות שבהסכם.**
- 5.5. למען הסר ספק יובהר כי בכל מקרה לא יהיה זכאי המנוי לטיפולים מעבר לתקרת הטיפולים לשנה כנקוב בסעיף 5.3 לעיל בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או מספר בעיות רפואיות באותה שנה, ובין אם הטיפולים יינתנו על ידי נותן שירות

בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.

5.6. במקרים בהם אישר מוקד השירות קבלת שירות שלא במסגרת נותן שירות שבהסכם כאמור בסעיף 3.2 לעיל, ישפה הספק את המנוי בסך 50% מעלות הטיפול ששולמה על ידי המנוי בפועל ולא יותר מ-100 ש"ח לטיפול. תשלום זה יתבצע כנגד מסירת קבלות או העתקן על תשלום הטיפול אצל נותן שירות אחר שאינו בהסכם. למען הסר ספק, גם במקרה זה יהיו תקפים כל התנאים המפורטים בכתב השירות לרבות מכסת הטיפולים ורשימת השירותים.

6. אופן קבלת השירותים

- 6.1. נזקק מנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו, ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי בגינו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש.
- 6.2. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום שעתיים לאחר שעת סיום צום יום כיפורים. הספק רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות, בתיאום ובאישור החברה, ובלבד שימסור על כך הודעה מראש בכתב למנויים.
- 6.3. המנוי יעביר לספק, באופן שיורה לו מוקד השירות, את ההפניה בכתב מהרופא לקבלת השירות בשל מצבו הרפואי כאמור בסעיף 5.1 לעיל.
- 6.4. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 6.5. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבון, למעט כמצוין בסעיף 3.3 לעיל.
- 6.6. עם סיום כל טיפול, יחתום המנוי על ספח ביקורת המאשר את קבלת הייעוץ או הטיפול.
- 6.7. ספק השירות מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף זה לעיל.

7. חריגים

- 7.1. המנוי לא יהיה זכאי לשירותים ו/או לשיפוי או החזר הוצאות שהוצאו בגינם, כולם או מקצתם, בכל עניין הקשור ו/או הנובע מהמקרים הבאים:
 - 7.1.1. בעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול).
 - 7.1.2. תחומי הרזיה, בעיות השמנת יתר, שינויי משקל, למעט במקרה בו נקבע על ידי רופא בכתב כי קבלת הטיפול בגין נושאים אלו נובעת מצורך רפואי כאמור בסעיף 3.1.8.
 - 7.1.3. השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.
 - 7.1.4. קבלת שירות אצל נותן שירות שאינו נותן שירות בהסכם למעט כאמור בסעיף 5.6 לעיל.
 - 7.1.5. פגיעה בפעילות נותן השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת נותן השירות.

8. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין שירותים הניתנים בעת השירות הצבאי בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמנוי בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת

טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למנוי בהתאם לתנאי כתב השירות. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המנוי נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

9. תשלום דמי המנוי

- 9.1. דמי המנוי הינם כמפורט בפוליסה.
- 9.2. במקרה של תשלום דמי המנוי ע"י הוראת קבע לבנק לתשלום דמי המנוי או בתשלום קבוע באמצעות כרטיס אשראי, תראה החברה את זיכוי חשבונה בבנק או זיכוי חשבון החברה בחברת האשראי, לפי העניין, כתשלום דמי המנוי.
- 9.3. אם לא ישולמו דמי המנוי במלואם, אזי:
 - 9.3.1. החברה תהיה זכאית לבטל את כתב השירות על-פי נספח זה בהתאם להוראות חוק חוזה ביטוח, תשמ"א-1981.
 - 9.3.2. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, לא שולמו דמי הביטוח, כולם או מקצתם במועד, יתווספו לסכום שבפיגור וכחלק בלתי נפרד ממנו הפרשי הצמדה כאמור בסעיף 10.3 להלן וכן ריבית כפי שתיקבע על-ידי החברה באותה עת, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעונו בפועל לחברה, ובלבד ששיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המרבי בהתאם לחוק הריבית, התשי"ז-1957.

10. תוקפו של כתב השירות

- 10.1. כתב השירות ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע.
- 10.2. לעניין תוקפו של כתב השירות יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל את כתב השירות אם יוחלט על ידיה לבטלו או שלא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות במידה שלא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור המפקח על ביטוח. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 60 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.
- 10.3. **ביטול על ידי המנוי:** מובהר כי המנוי זכאי לבטל את הכתב השירות בכל עת. הביטול יהיה בתוקף ממועד קבלת הודעת המנוי בחברה. ככל ששולמו על-ידי המנוי פרמיה בגין כתב השירות בגין התקופה שלאחר הביטול, יוחזר למנוי החלק היחסי של התשלום ששילם בגין התקופה שלאחר ביטול כתב השירות.
- 10.4. ביטול על ידי החברה:
 - 10.4.1. **בנוסף לאמור בתנאים הכלליים של הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה,** תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
 - 10.4.1.1. במועד ביטול הפוליסה מכל סיבה שהיא.
 - 10.4.1.2. בתום תקופת כתב השירות על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.
 - 10.4.1.3. עם הפסקת תשלום מלוא או חלק דמי המנוי לחברה במועדם בהתאם לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.
 - 10.4.2. **ביטלה החברה את כתב השירות בהתאם לסעיף 10.2 לעיל יהיה זכאי מנוי אשר נמצא במהלך סדרת טיפולים או מנוי שפנה למוקד השירות**

טרם מועד ההודעה על הפסקת השירות אך טרם קיבל את השירות בפועל, לקבל או להשלים את קבלת השירות תוך 90 ממועד ההודעה על הפסקת השירות.

10.4.3. להסרת כל ספק יובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, למעט במקרה של ביטול כתב השירות לכלל המנויים על פי סעיף 10.2 לעיל, תסתיים זכאות של המנוי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.

11. תנאי הצמדה

כל הסכומים הנקובים בכתב השירות יהיו צמודים למדד כמפורט בפוליסה.

פרטי התקשרות

אגף הבריאות בקבוצת מדנס

ימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00
לשירות: 03-6380226 שלוחה 1
להצטרפות: 03-6380226 שלוחה 2

nashdod@madanes.com 

ashport.madanes.com 

מוקד שירות לקוחות הראל

1-800-44-5000 

וואטסאפ 052-7544589 

ניתן להגיע אלינו גם באמצעות הלינק:

www.harel-group.co.il/t/WWVZXMECW2AQ

אבא הלל 3, בית הראל, 

ת"ד 10951, רמת גן 5252202