



ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי AIG ישראל חברה לביטוח

ובני משפחותיהם

עובדות ועובדים יקרים,

אנו שמחים להציג בפניכם את תוכנית ביטוח הבריאות המשופרת והמשודרגת אותה יצרנו בשיתוף עם חברת "הראל", על מנת להעניק לכם ולבני משפחותיכם, כיסוי ביטוחי מקיף מהטובים בישראל.

אנו מעמידים לרשותכם פוליסת ביטוח בריאות קולקטיבית נרחבת המהווה חלק חשוב מסל ההטבות לו אתם זכאים במטרה לשמור על רווחתכם כעובדינו ועל רווחת בני משפחותיכם בעת הצורך.

תוכנית ביטוח הבריאות, מבטיחה כי בשעת הצורך תזכו בשירותי הרפואה האיכותיים ביותר, בעיקר במקרים רפואיים שאינם מכוסים במלואם במסגרת חוק הבריאות הממלכתי והביטוח המשלים של קופות החולים.

ביטוח הבריאות לעובדי AIG כולל הטבות רבות כגון הצטרפות ללא הצהרת בריאות (בחלונות זמן מסויימים), צירוף בני משפחה בתעריף מוזל, סבסוד עלות הרבדים השונים ע"פ ותק, אפשרות להרחבת הביטוח וסל מוצרים מגוון וייחודי.

תוכלו לעיין במצגת המקוצרת או בחוברת על מנת למצוא מידע המפרט את הכיסוי הביטוחי בתוכנית והסבר כיצד עליכם לנהוג במקרה של תביעה.

תוכנית הבריאות בנויה משלושה רבדים, שהכיסויים וההגדרות בהם הורחבו לטובת עובדי AIG:

1. **רובד בסיס** (רובד א') - כולל כיסויים להשתלות וטיפולים מיוחדים בארץ ובחו"ל, ניתוחים בחו"ל ותרופות מיוחדות שאינן בסל הבריאות.
2. **רובד מורחב** (רובד ב') - כולל כיסוי לניתוחים בארץ וכיסוי לשירותים אמבולטוריים.
3. **רובד רשות** (רובד ג') - כולל הרחבה לכיסוי השירותים האמבולטוריים, רפואה משלימה, שירות רופא מלווה ושירות אבחון מהיר.

להלן טבלת התעריפים החודשית של הפוליסה החדשה (ב-ש, נכון ל 01/2025):

סוג מבטח	רובד ראשון	רובד שני		רובד רשות
		שקל ראשון	משלים שב"ן	
עובד	20.57	138.7	116.00	31.50
בני זוג	20.57	138.7	116.00	31.50
ילד עד גיל 25 (כולל)*	9.50	36.1	30.50	14.00
ילד מגיל 26 ומעלה	20.57	138.7	116.00	31.50

■ ילד שלישי ואילך - חינם

לאור החשיבות שאנו רואים בהטבה זו ובהתאם להסכם הקיבוצי, AIG תממן לעובדיה הזכאים, את עלות הפרמיה בהתאם למפורט בטבלה מטה:

השתתפות החברה	וوتק בחברה
■ עובד - לאחר שנת ותק, המעסיק יממן את רובד הבסיס, כולל גילום ■ בני זוג וילדים עד גיל 25 - לאחר שנת ותק, המעסיק יממן את רובד הבסיס ללא גילום	עובד/ת ובני משפחה מוותק של שנה - מימון לרובד הבסיס
■ עובד - הרובד המורחב במסלול השקל הראשון ממומן ע"י המעסיק, ללא גילום ■ ילדים עד גיל 25 - הרובד המורחב במסלול השקל הראשון ממומן ע"י המעסיק, ללא גילום ■ בני זוג - מימון של 50% לרובד המורחב במסלול השקל הראשון, ללא גילום	עובד/ בוותק של מעל 4 שנים - הוספת מימון לרובד המורחב במסלול ניתוחים "מהשקל הראשון"

תוכנית הביטוח תתופעל כפי שהיה עד כה ע"י מדנס סוכנות לביטוח, ואנו ממליצים לפנות אליה לקבלת סיוע ומתן מענה במהלך מימוש זכויותיכם בביטוח הרפואי.

לשירותכם פועל גם אתר אינטרנט ייעודי של מנהל ההסדר הרפואי מדנס, ובו פירוט על הכיסויים, נוסח הפוליסה, טפסים ועוד בכתובת aig@madan.es.com.

אנו מזמינים אתכם להצטרף לביטוח ולצרף את בני משפחותיכם, ומאמינים כי תוכנית ביטוח הבריאות תעניק לכם רשת ביטחון ואיכות חיים.

בברכת בריאות טובה לכם ולבני ביתכם,
משאבי אנוש וועד העובדים

תוכן עניינים

5.....	גילוי נאות.....
18.....	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי AIG ישראל ובני משפחותיהם.....
39.....	פרק 1: השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל.....
44.....	פרק 2: תרופות מחוץ לסל הבריאות.....
47.....	פרק 3: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל.....
51.....	פרק 4: כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מ"השקל הראשון" ללא השתתפות עצמית.....
54.....	פרק 4ב: כיסוי ניתוחים משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ללא השתתפות עצמית.....
58.....	פרק 5: שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים.....
62.....	פרק 6: שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים - הרחבה.....
64.....	פרק 7: כתב שירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית).....
70.....	פרק 8: שירות לאבחון רפואי מהיר.....
75.....	פרק 9: רופא מלווה אישי פלוס.....
75.....	ליווי רפואי וסיוע במימוש זכויות בעת אירוע רפואי.....

גילוי נאות

טלפון *2735 פקס 037348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
------------------------------	--	--	---

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי איי ג'י ישראל חברה לביטוח ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי איי ג'י ישראל חברה לביטוח ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	רובד בסיס השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות מחוץ לסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל. רובד מורחב ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול "שקל ראשון" ללא השתתפות עצמית או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית, שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים. רובד רשות שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים - הרחבה. כתב שירות רפואה משלימה, שירותי אבחון רפואי מהיר, שירות רופא מלווה אישי. * בהתאם לרבדים שנרכשו ע"י המבוטח
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.1.2025 ועד ליום 31.12.2029.
תיאור הביטוח	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 ושהיה, 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.

תמצית פרטי הפוליסה	
רובד מורחב ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית 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 ללא השתתפות עצמית 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. ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון חוות דעת רפואית, בדיקות אבחנתיות, בדיקות היריון, טיפול התפתחות הילד, טיפולים פיזיותרפיים, אביזרים רפואיים ועוד. רובד רשות ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים - הרחבה השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון ריפוי בעיסוק, טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה, זריקות לטיפול או מניעת בעיה רפואית, טיפול בחדר מלח ועוד. כתב השירות - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית) אפשרות לבצע טיפולים מתחום הרפואה המשלימה - כגון שיאצו, רפלקסולוגיה, על פי הרשימה המצויינת 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. שירות לאבחון רפואי מהיר מתן אפשרות לבצע תהליך של אבחון פרטי הכולל בדיקות הנדרשות תוך זמן קצר, בבית החולים אסותא תל-אביב, רמת החייל. מבטח שפונה לקבלת השירות, יעבור תהליך אבחון לקביעת אופי המחלה או המצב הרפואי, באמצעות רופא מומחה וביצוע כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות וקבלת דו"ח אבחון בסיום התהליך - וכל זאת תוך מספר ימים בלבד. בהתאם להשתתפות העצמית הנקובה בפוליסה. שירות "רופא מלווה אישי פלוס" קבלת מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול ובמהלך ההחלמה. בהשתתפות עצמית של 380 ש.	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 כללים לפוליסה - סעיף 24. פרק 1: השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל - סעיף 6. פרק 2: תרופות מחוץ לסל הבריאות - סעיף 5. פרק 3: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - סעיף 4. פרק 4א: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון - סעיף 4. פרק 4ב: כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן - סעיף 6. פרק 5: שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים - סעיף 4. פרק 6: שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים-הרחבה - סעיף 5. פרק 7: כתב שירות רפואה משלימה - סעיף 7. פרק 8: שירות לאבחון רפואי מהיר - סעיף 3. פרק 9: שירות רופא מלווה אישי פלוס - סעיף 2.1.2, 2.2.2, 2.7.2, 2.13.2, 2.14.2, 2.22.2, 2.23.2, 2.25. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.	
פרק 1: השתלות, סעיף 4.3.3 - פיצוי חד פעמי בסך 10,000 ₪ במקרה של השתלת מח עצם עצמית. סעיף 4.3.4 - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪ למעט השתלת מח עצם עצמית. סעיף 4.3.5 - פיצוי בסך 350,000 ₪ שישולם למבוטח שטרם ביצע את ההשתלה בכפוף לאישור רופא מומחה בישראל בדבר הצורך בביצוע ההשתלה. פרק 3: ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - פיצוי בסך 200,000 ₪ במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח. פרק 5: שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים - פיצוי בסך 121,741 ₪ בגין מוות כתוצאה מניתוח בישראל.	גובה הפיצוי הכספי שאקבל
פרק 4א: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון, תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. פרק 4ב: כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן, תקופת אכשרה של 90 ימים. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. פרק 5: שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים, תקופת אכשרה של 120 ימים עבור הוצאות טיפולי פוריות ובדיקות הריון. תקופת אכשרה של 365 יום עבור כיסוי לניתוחי חניכיים. פרק 7: כתב שירות שירותי רפואה משלימה, תקופת אכשרה של 90 ימים. פרק 8: שירות לאבחון רפואי מהיר, תקופת אכשרה של 60 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 2: תרופות מחוץ לסל הבריאות, השתתפות עצמית של 163 ₪ למרשם תרופה לחודש ולא יןָר מ-430 ₪ לכל המרשמים לאותו החודש. ם עלות הטיפול התרופתי עולה על 5,000 ₪ לחודש לא יחול על המבוטח תשלום השתתפות עצמית. סעיף 3.1.4 - השתתפות עצמית של 20% עבור בדיקות גנומיות להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן. פרק 3: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - 20% מההוצאה בפועל עבור הוצאות שיקום בישראל עקב ניתוח מורכב, כמפורט בסעיף 3.5.6.3. פרק 5: שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים, השתתפות עצמית של 20% עבור התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות רפואיות אבחנתיות, טיפולים פיזיותרפיים /הידרותרפיים, בדיקות סקר למחלות סרטן ו/או בדיקות גנטיות מניעתיות, טיפולים ויעוצים אונקולוגיים, הוצאות טיפולי פוריות, בדיקות הריון, רפואה מונעת מגיל 50 ואילך. עבור חוות דעת שנייה בחו"ל - השתתפות עצמית של 10%. עבור טיפול בהתפתחות הילד - השתתפות עצמית של 40%. עבור אביזרים רפואיים - השתתפות עצמית של 30%. פרק 6: שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים-הרחבה, השתתפות עצמית של 20% עבור אבחון בעיות בהתפתחות הילד / ליקוי למידה, ריפוי בעיסוק, פענוח בדיקות הדמיה בישראל, טיפול בגלי הלב לריסוק הסתיידות המפרקים וברקמות הרכות, זריקות לטיפול או מניעת בעיה רפואית, טיפול בחדר מלח, טיפול בתא לחץ, מרפאות כאב בבית חולים פרטי, שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי. השתתפות עצמית של 25% עבור טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים, טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה. פרק 7: כתב שירות שירותי רפואה משלימה, השתתפות עצמית כמתורגם בפרק. פרק 8: שירות לאבחון רפואי מהיר - השתתפות עצמית כמפורט בפרק עבור כל שירות. פרק 9: שירות רופא למווה אישי פלוס - השתתפות עצמית בסך 380 ₪.	
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 רשות הכולל שירותים אמבולטוריים - הרחברה, וכתבי שירות: רפואה משלימה, רופא מלווה ואבחון מהיר	רובד מורחב הכולל ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ושירותים אמבולטוריים		רובד בסיס הכולל תרופות, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	סוג מבוטח	
	מסלול משלים לשב"ן	מסלול ללא שב"ן כיסוי "מהשקל הראשון"			
	31.50 ₪	116.00 ₪	138.70 ₪	20.57 ₪	
	31.50 ₪	116.00 ₪	138.70 ₪	20.57 ₪	
14.00 ₪	30.50 ₪	36.10 ₪	9.50 ₪	ילד ונכד עד גיל 25 (כולל)	
31.50 ₪	116.00 ₪	138.70 ₪	20.57 ₪	ילד מגיל 26 ואילך	
מתוך סך הפרמיה לבוגר ברובד הרשות - 8 ₪ בגין רפואה משלימה. מתוך סך הפרמיה לילד ברובד הרשות - 5 ₪ בגין רפואה משלימה. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון כנס למחשבון. מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם ביום 15.12.2024.					שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח
לאחר 24 חודשים או לאחר 36 חודשים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.					

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 1.2.1 - 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 1.2.2 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם שנלקח מבעלי חיים. השתלה לפי סעיף 1.2.3 - 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 365 יום לפני ועד 365 יום לאחר הביצוע, דיאליזה, הטסה רפואית טיפולי המשך ועוד. סעיף 4.3.3 - פיצוי חד פעמי במקרה של השתלת מח עצם עצמית. סעיף 4.3.4 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו, למעט השתלת מח עצם עצמית. סעיף 4.3.5 - פיצוי חד פעמי לפני ביצוע השתלה	סעיף 3.1-3.2 עבור סעיף 1.2.1-1.2.3 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם להוצאות המפורטות בסעיף 4.1 או עד לסך של 5,500,000 ₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שלא בהסכם עבור ההוצאות המפורטות. וכן כיסוי עד לתקרה להוצאות נוספות כגון: סעיף 4.2.1 - הוצאות בדיקות לאיתור מח עצם, עד 300,000 ₪ סעיף 4.2.2 - הוצאות טיפולים רפואיים מחוץ לישראל לרבות דיאליזה - עד 250,000 ₪ סעיף 4.2.3 - 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 4.3.3 - פיצוי חד פעמי בסך 10,000 ₪. סעיף 4.3.4 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות המבוטח בסך 350,000 ₪. סעיף 4.3.5 - פיצוי בסך 350,000 ₪ למבוטח לפני ביצוע השתלה, בכפוף לאישור רופא מומחה בישראל בדבר הצורך בביצוע ההשתלה.	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.5 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 3.3-3.4 עבור סעיף 1.5 - 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.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 4.3.2 - גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית.	סעיף 4.3.2 - סכום חודשי בסך 7,000 ₪ לתקופה של עד 24 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 יתום כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ₪. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	השתתפות עצמית בסך 163 ₪ למרשם תרופתי, אך לא יותר מ-430 ₪ לחודש בגין סך כל המרשמים שיציג המבוטח בגין אותו חודש, למעט בגין תרופה שעלותה החודשית עולה על סכום של 5,000 ₪ שבהן לא תחול השתתפות עצמית.
תרופה מיוחדת ותרופה לטיפול IND	סעיף 2.1.5 - תרופה מיוחדת	סכום ביטוח מירבי בשל כל מקרי הביטוח על פי סעיף זה הנו עד לסך של 1,500,000 ₪. הסכום יתחדש אחת לשנתיים.	השתתפות עצמית בסך 163 ₪ למרשם תרופתי, אך לא יותר מ-430 ₪ לחודש בגין סך כל המרשמים שיציג המבוטח בגין אותו חודש, למעט בגין תרופה שעלותה החודשית עולה על סכום של 5,000 ₪ שבהן לא תחול השתתפות עצמית.
בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	סעיף 2.2 - ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	סעיף 3.1.4 - 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 3.1.3 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי או שירות רפואי הכרוך בנטילת תרופה המכוסה בהגדרת מקרה הביטוח	עד לסך של 250 ₪ 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 הטסט 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% מעלות אותו הניתוח בישראל. הכיסוי כולל החזר הוצאות עבור שתל - עד 60,000 ₪.
התייעצות בקשר לניתוח	סעיף 3.5.1-3.5.2 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 4,000 ₪ עבור התייעצות עם רופא מומחה מחוץ לישראל.
הבאת מומחה רפואי לישראל	סעיף 3.5.4 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 3.5.6 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 650 ₪ ליום. הוצאות החלמה - עד 10 ימים תוך 3 חודשים ממועד הניתוח, ועד לסך של 400 ₪ 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 3.6 לפרק - פיצוי חד פעמי בגין מוות כתוצאה מניתוח במהלך 14 ימים מיום הניתוח.	פיצוי חד פעמי בסך 200,000 ₪.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	סעיף 3.3 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.	

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 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	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטיון, 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 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. 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.	

ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים 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) ²	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	סעיף 2 לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - בדיקות רפואיות אבחנתיות, חוות דעת רפואית בישראל ובחו"ל, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים ועוד.	כיסוי עד לתקרה המירבית לכל טיפול כמפורט בפרק.	סעיף 4 - תקופת אכשרה של 120 ימים עבור הוצאות טיפולי פוריות ובדיקות הריון. תקופת אכשרה של 365 יום עבור כיסוי לניתוחי חניכיים.	
חוות דעת רפואית בישראל	סעיף 2.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי לא כולל רופא משפחה ולא כולל התייעצות עם רופא ילדים, למעט רופא ילדים בדרג של סגן מנהל מחלקה ומעלה).	כיסוי עד ל-1,000 ש"ח להתייעצות ועד סה"כ 4 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.		20% מההוצאה בפועל
בדיקות רפואיות אבחנתיות	סעיף 2.3 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, בדיקות הדמיה.	כיסוי עד 8,000 ש"ח עבור כל הבדיקות למבוטח לשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים	סעיף 2.4 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים והידרותרפיים לפי הוראת רופא.	כיסוי עד 16 טיפולים למצב רפואי אחד ועד 199 ש"ח לטיפול למבוטח לשנת ביטוח		20% מההוצאה בפועל
בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	סעיף 2.10 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	כיסוי עד 4,980 ש"ח לכל הריון, ובמקרה של הריון רב עוברי - עד 7,500 ש"ח לכל הריון.	סעיף 4 - 120 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.			

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

רובד רשות				
ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים - הרחבה 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
אבחון בעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה	סעיף 2.1 לפרק - החזר בגין אבחון בעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה על ידי רופא מומחה בתחום ו/או פסיכולוג קליני או פסיכולוג התפתחותי או פסיכולוג חינוכי או מכון אבחון או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי, אבחון בעיות קשב וריכוז ובדיקות MOXO, TOVA, BRC.	כיסוי עד 1,500 ₪ לתקופת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
ריפוי בעיסוק	סעיף 2.2 לפרק - החזר בגין ריפוי בעיסוק לפי הוראת רופא	כיסוי עד 2,300 ₪ לכל הטיפולים בשנת ביטוח ועד 16 טיפולים בשנת ביטוח.		20% מההוצאה בפועל
טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה	סעיף 2.5 לפרק - החזר בגין טיפולים הנדרשים לטיפול בבעיות שינה, דום נשימה והפרעות בשינה על-פי הפניית רופא.	כיסוי עד 3,000 ₪ לשנת ביטוח.		25% 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	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 פיזיק, 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. <u>סעיף 5.6</u> 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 15.12.2024.

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.

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי AIG ישראל ובני משפחותיהם

בין:	הראל חברה לביטוח בע"מ
מציג אחד;	(להלן: "חברת הביטוח" או "המבטח/ת" או "הראל")
לבין:	אי איי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ
מציג שני;	(להלן: "בעל הפוליסה" או "AIG" או "המעסיק")

לפיכך מצהירים, מתנים ומסכימים הצדדים כדלקמן:

בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות ביטוח קודם AIG (כהגדרתו להלן) לבין הוראות פוליסה זו (כהגדרתו להלן) המהווה רצף ביטוחי לביטוח קודם AIG יפעלו הסתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות לטובת המבוטח שהצטרף לפוליסה זו תוך השענות על העיקרון כי הפוליסה באה להוסיף על תנאי ביטוח קודם AIG ולהטיב את תנאי המבוטחים שהצטרפו אליה.

1. מבוא, נספחים והגדרות

- 1.1. המבוא והנספחים לפוליסה זו מהווים חלק בלתי נפרד ממנה.
- 1.2. כותרות הסעיפים הן לנוחות בלבד ואין להסתייע בהן למטרות פרשנות ההסכם.
- 1.3. מובהר כי כל הוראות הסכם זה, לרבות ההגדרות שבו, נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.
- 1.4. למונחים הבאים תהיה בפוליסה זו המשמעות המצוינת לצידם בכל הפוליסה:
- 1.5. הגדרות:

להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח, ובכלל כך ההגדרות שנקבעו בחוזר ביטוח 2004/20.

"אח/אחות" - אח או אחות בעלי תעודת הסמכה של רשות מוסמכת בישראל ו/או בחו"ל;
"אשפוז" - שהייה בבית חולים ו/או מרפאה לצורך ו/או עקב ניתוח ו/או טיפול ו/או ריפוי המכוסה בפוליסה זו;
"אמצעי גביה אישי" - ניכוי פרמיה מהוראת קבע או מכרטיס אשראי, לפי בחירת המבוטח.

"ביטוח קודם אחר" - ביטוח בריאות בחברת ביטוח כלשהי (פרטי או קבוצתי) שחל על המועמד לביטוח בתאריך קודם למועד הצטרפותו לפוליסה זו;

"ביטוח קודם AIG" - ביטוח בריאות באמצעות AIG שחל על המועמד לביטוח בתאריך קודם למועד הצטרפותו לפוליסה זו, לרבות ביטוח בריאות בחברת הביטוח;

"ביטוח קודם" - ביטוח קודם AIG או ביטוח קודם אחר, כהגדרתם לעיל;

"ביטוח רפואי" או "פוליסה זו" - חוזה ביטוח על-פי הסכם זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי ביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו;

"בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים;

"בית חולים ציבורי" - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות;

"בית חולים פרטי" - בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל, כבית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי המופעל כבית חולים פרטי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים

לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ ושר"ן ו/או קרנות מחקר; למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ ("כיסוי לניתוחים מהשקל הראשון", "משלים שב"ן);

"עובד" - עובד/ת של AIG ו/או עובד/ת מחברות הבנות או אחיות של AIG, שצורפו לפוליסה זו, הזכאי לכיסוי ביטוחי עפ"י מדיניות AIG שתיקבע מעת לעת;

"פורש לגמלאות" - עובד אצל בעל הפוליסה בעל ותק של 10 שנים לפחות ב-AIG שפרש מעבודתו ב-AIG לגמלאות ואשר היה מבוטח בביטוח על פי הסכם זה ו/או בביטוח קודם AIG לפחות שנה אחת וגילו בעת עזיבת AIG הוא בן 60 ומעלה.

"בן הזוג" - בן/בת זוגו של עובד או פורש וותיק, לרבות ידועה/בציבור ולרבות בן/בת זוג מאותו המין;

"ילד בוגר" - ילדי העובד ו/או ילדי בן הזוג, לרבות ילדים שאומצו וילדי אומנה, שגילם 26 שנים ומעלה;

"ילד צעיר" - ילדי העובד ו/או ילדי בן הזוג, לרבות ילדים שאומצו וילדי אומנה שגילם עד 25 שנה (כולל);

"נכד צעיר" - נכד של עובד או של בן זוג או של פורש ותיק העובד ובלבד שגילו עד 25 שנה (כולל).

"בני משפחה מצומצמת" - העובד/עובדת, בני הזוג, ילדי העובד/ת וילדי בני הזוג של העובד/ עובדת;

"גיל" - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש הלועזי בו חל יום הולדתו, ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה;

"דמי הביטוח"/"הפרמיה" - הסכום בגין פוליסה זו שעל בעלת הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברת הביטוח, על פי תנאי הפוליסה;

"הממונה" - הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון;

"השתתפות עצמית" - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות חברת הביטוח לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו;

"חברת AIG" - AIG ישראל בע"מ ו/או כל חברות בנות ו/או חברות קשורות כמשמעותן בחוק ניירות ערך, תשכ"ח-1968, אשר AIG בע"מ תגדיר כי הינו חלק מחברת AIG המורחבת לצרכי הסכם זה.

"חול" - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב;

"חוק הביטוח" - חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981;

"חוק הבריאות" - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994;

"חלון ההצטרפות" - הצטרפות המבוטח לפוליסה זו בתקופה של 120 יום מתאריך תחילת הביטוח (של החברה הרלוונטית למבקש להצטרף או להרחיב את הביטוח) ו/או ממועד תחילת העבודה של העובד ב-AIG ו/או ממועד שינוי סטטוס העסקתו (לרבות מימון החברה לעובדים ו/או בני משפחה) ו/או ממועד שינוי מצב משפחתי, הולדת ילד, הולדת נכד, ו/או ממועד זכאותו של המבוטח להיכלל בתוכנית הביטוח לפי מדיניות AIG הכל לפי המאוחר מביניהם, ללא חיתום וללא תקופת אכשרה ו/או ללא מילוי הצהרת בריאות;

"יום אשפוז" - שהות של 24 שעות בבית חולים. למרות האמור אשפוז למשך מספר שעות לצורך ביצוע ניתוח ייחשב כיום אשפוז בפוליסה זו.

"ישראל" - מדינת ישראל, לרבות שטחי יהודה, שומרון וחבל עזה הנמצאים בשליטת ישראל;

"מבוטח" - כל אחד מאלה:

עובד/ת של שהצטרפו לפוליסה, בין באופן עצמאי ובין באמצעות AIG; בני המשפחה המצומצמת שהצטרפו לפוליסה מכח הודעה מפורשת לסוכן הביטוח ו/או לחברת הביטוח **"מבוטח קיים"** - מבוטח שהיה מבוטח בביטוח קודם לרבות ביטוח קודם AIG וביטוח קודם אחר במועד תחילת הביטוח;

"מנהל הסדר" או "מנהל הסדר רפואי" - סוכנות הביטוח שתמונה ע"י AIG לצורך תפעול וניהול ההסדר;

"מקרה ביטוח" - מערך עובדתי ונסיבתי אשר מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.

"נותן שירות/ ספק שבהסכם" - בית חולים בהסכם ו/או רופא שהוסמך על ידי הרשויות בישראל או בחו"ל ו/או כל גוף אחר עמו קשורה או תתקשר חברת הביטוח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם חברת הביטוח במועד קבלת השירות בפועל; **"נותן שירות"** - ספק שירות רפואי אשר בינו לבין חברת הביטוח קיים הסכם למתן שירות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיינתן, למבוטח, תשלום לו ישירות על ידי חברת ביטוח;

"תקרת כיסוי" - הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מירבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.

"סל שירותי הבריאות" - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריהן, במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל חבריה, למעט מחויבויות שבמסגרת תכנית השב"ן; **"פריודנט"** - רופא שיניים כהגדרתו בהסכם זה בעל תעודת מומחיות של פריודנט מטעם הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל;

"פוליסה קבוצתית" או "ביטוח קבוצתי" - ביטוח בריאות או פוליסה זו כהגדרתם לעיל.

"צירוף אוטומטי" - צירוף אובליגטורי ע"י בעל הפוליסה המתאפשר ככל ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים עפ"י פירוט דמי הביטוח ו/או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח קודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים;

"קופת חולים" - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות; מבלי לגרוע מכלליות האמור, קופות שהוכרו על ידי שר הבריאות שהן: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית;

"רצף ביטוחי" - הצטרפות מביטוח קודם (כהגדרתו לעיל) ו/או המשך ביטוח קודם AIG ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה ;

"שירותי בריאות נוספים (שב"ן)" - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך;

"שנת ביטוח" - תקופה בת 12 חודשים רצופים, שהראשונה בהם הינה תאריך ההצטרפות לביטוח;

"תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף המבוטח לפוליסה זו או תאריך ההצטרפות של מבוטח קיים לביטוח קודם.

"תאריך תחילת הביטוח" - 1.1.2025.

"תקופת אכשרה" - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בנספח הרלוונטי שצורף לפוליסה, ותחול רק

במידה וצויינה מפורשות בנספח. למען הסר ספק, בכל הכיסויים לפי הסכם זה לא תהיה תקופת אכשרה למעט אם נאמר במפורש אחרת. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות. תקופת האכשרה תחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה, במקרים בהם קיימת אכשרה, דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על אדם שברשותו ביטוח קודם אחר לגבי אותם כיסויים המקבילים לכיסויים על-פי הסכם זה, ולא תחול כלל על אדם אשר ברשותו ערב תאריך ההצטרפות ביטוח קודם AIG. יובהר בנוסף שתקופת אכשרה לא תחול אם מקרה הביטוח ארע כתוצאה מתאונה;

"תקופת הביטוח" - התקופה המתחילה במועד תחילתו של הסכם זה והמסתיימת בתום 60 חודשים או במועד סיום תוקפו של הסכם זה, לפי המוקדם;

"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי" - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009;

"רופא שיניים" - אדם העוסק ברפואת שיניים על פי רשיון כחוק מטעם הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל;

"תאונה" - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".

פרקי הכיסוי הביטוחי:

הסכם זה יכלול את הכיסויים הביטוחיים על פי פרקים 1 עד 10 להסכם זה, לרבות הנספחים המצורפים להסכם זה. בנוסף לכל פרקי הכיסוי, פרק 11 - הצהרת בעל הפוליסה

מספר	רובד	תאור פרק הכיסוי
פרק 1	בסיס	השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
פרק 2	בסיס	תרופות מחוץ לסל הבריאות
פרק 3	בסיס	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
פרק 4	מורחב	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים שקל הראשון ללא השתתפות עצמית)
פרק 4	מורחב	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית
פרק 5	מורחב	שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים
פרק 6	רשות	שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים - הרחבה
פרק 7	רשות	כתב שירות - רפואה משלימה
פרק 8	רשות	אבחון מהיר
פרק 9	רשות	רופא מלווה אישי
פרק 10	כללי	הצהרת מעסיק

*בזכאות למימון ע"י המעסיק התשלום יועבר במרוכז על ידי המעסיק, ובמידה ואין זכאות התשלום ייעשה באמצעי גבייה אישי, במידה וישנה זכאות חלקית התשלום יבוצע באמצעות ניכוי מהשכר.

1. מהות ההתקשרות

1.1. AIG תשתתף באופן חלקי או מלא בעלות הביטוח של עובדיה ובני משפחותיהם הזכאים, ע"פ מדיניות המימון של AIG. מדיניות זו כפופה לשינויים כפי שתיקבע AIG מעת לעת ובכפוף להודעה מראש לחברת הביטוח של 90 ימים. למען הסר ספק, מובהר בזאת, כי מדיניות המימון של AIG כמפורט להלן, אינה מהווה הסכם לטובת צד שלישי או התחייבות כלשהי כלפי צד שלישי כאמור, ו-AIG רשאית לשנותה מעת לעת בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי.

1.2. נכון ליום חתימת הפוליסה מדיניות המימון של AIG היא כדלהלן:

רובד / סוג מבטח	עובד	בן זוג	ילד צעיר	ילד בוגר
רובד ראשון	ימומן ע"י AIG עבור עובדים מעל ותק של שנה. העובד יישא בעלות המס בגין הביטוח	ימומן ע"י AIG עבור עובדים מעל ותק של שנה. העובד יישא בעלות המס בגין הביטוח	ימומן ע"י AIG עבור עובדים מעל ותק של שנה. העובד יישא בעלות המס בגין הביטוח	ימומן ע"י העובד באמצעי גבייה אישי
רובד מורחב (שקל ראשון)	ימומן ע"י AIG עבור עובדים מעל ותק של 4 שנים. העובד יישא בעלות המס בגין הטבת המימון	מחציתו תמומן ע"י AIG עבור עובדים מעל ותק של 4 שנים. חלק העובד ינוכה מהשכר. העובד יישא בעלות שווי המס בגין החלק שימומן על ידי AIG	ימומן ע"י AIG עבור עובדים מעל ותק של 4 שנים. העובד יישא בעלות המס בגין הטבת המימון	ימומן ע"י העובד באמצעי גבייה אישי

- 1.3. רובד רשות - הצטרפות וולונטרית ללא מימון מעסיק ובאמצעי גבייה אישי.
- 1.4. למען הסר ספק עובדים שאינם זכאים למימון המעסיק ובני משפחותיהם המצומצמות ישלמו בגין כל הרבדים שאינם ממומנים על ידי המעסיק באמצעי גבייה אישיים, כל עוד אינם זכאים. יובהר כי ילדים בוגרים ימומנו בכל מקרה ע"י העובד באמצעי גבייה אישיים.
- 1.5. יובהר כי AIG רשאית לעדכן מדיניות זו מעת לעת כפי שתקבע לפי שיקול דעתה הבלעדי ובכפוף לעדכון חברת הביטוח. במידה והשינוי ישפיע על התימחור, הצדדים ידונו בנושא.
- 1.6. מובהר בזאת, כי חברת הביטוח לא תהיה רשאית להציע ו/או למכור מוצרי ביטוח נוספים לעובדי AIG ובני משפחתם המצומצמת ולילדיהם הבוגרים מכח היותם מבטחים בפוליסה זו, ללא הרשאה מפורשת מראש ובכתב של AIG.

2. ההצטרפות לפוליסה

2.1. רצף ביטוחי לכלל המבטחים בביטוח קודם AIG

2.1.1. מבטחים קיימים -

2.1.1.1. עובדי AIG בוותק הנמוך משנה ובני משפחתם שהיו מבטחים בביטוח קודם AIG ומבטחים ברובד הראשון ו/או ברובד השני יצורפו באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) לרובד בו היו מבטחים,

ובכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח וזאת עד למועד תחילת ביטוח זה.

2.1.1.2. **עובדי AIG בוותק שבין שנה לארבע שנים** ובני משפחתם שהיו מבוטחים בביטוח קודם AIG ומבוטחים ברובד הראשון, יועברו אוטומטית לרובד הבסיס החל מתאריך תחילת הביטוח ויחול עליהם רצף ביטוחי מלא.

2.1.1.3. **עובדי AIG בוותק שבין שנה לארבע שנים** ובני משפחתם שהיו מבוטחים בביטוח קודם AIG ברובד שני, יצורפו לרובד השני באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) ובכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח ברובד זה וזאת עד למועד תחילת ביטוח זה.

2.1.1.4. **עובדי AIG בוותק של ארבע שנים ומעלה וילדיהם הצעירים** יועברו אוטומטית לאותם רבדים בהם היו מבוטחים בביטוח קודם AIG החל מתאריך תחילת הביטוח ויחול עליהם רצף ביטוחי מלא והמעבר יהיה ללא צורך בהצהרת בריאות ו/או וללא צורך בהליך חיתום כלשהו וללא צורך בטופס ההצטרפות וללא תקופת אכשרה וללא סייג כלשהו. בני זוג של עובדי AIG בוותק של ארבע שנים ומעלה שהיו מבוטחים בביטוח קודם AIG יצורפו באופן וולונטרי (צירוף בהסכמה) לרובד בו היו מבוטחים ובכפוף להסכמתם המפורשת בכתב להעלאת דמי הביטוח וזאת עד למועד תחילת ביטוח זה.

2.1.2. למען הסר ספק, במקרים בהם הצירוף הוא אובליגטורי, חברת הביטוח תכסה מקרה ביטוח שאירע לאחר תחילת הביטוח ולפני ההצטרפות בפועל, בכפוף לאמור לעיל ובתנאי שהמבוטח השלים את הפרמיות רטרואקטיבית מיום תחילת הביטוח ואישור ההצטרפות ניתן בתוך חלון ההצטרפות.

2.2. **צירוף מבוטחים**

2.2.1. **כללי** - עובדים ו/או בני משפחתם יהיו רשאים להצטרף לפוליסת ביטוח זו לרובד הבסיס, לרובד המורחב ולרובד הרשות בתנאים המפורטים בהסכם זה. לא ניתן יהיה להצטרף לרובד המורחב, ללא רכישת רובד הבסיס עבור אותו מבטוח.

2.2.2. **עובדים קיימים ו/או בני משפחתם המצומצמת והילדים הבוגרים שאינם מבוטחים בביטוח קודם AIG נכון לתאריך תחילת הביטוח** - רשאים להצטרף לפוליסה לרובד הבסיס ו/או לרובד המורחב ו/או לרובד הרשות, ללא מילוי הצהרת בריאות וללא הליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה ובלבד שבקשתם תועבר לחברת הביטוח או למנהל ההסדר הרפואי בתוך 120 ימים מתאריך תחילת הביטוח.

2.2.3. **הרחבת ביטוח למבוטחים קיימים** - עובדים ובני משפחתם שהיו מבוטחים בביטוח קודם, רשאים להרחיב את הביטוח לרובדי המורחב ורובד הרשות להם ו/או לבני משפחתם המצומצמת ו/או לילדים הבוגרים, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או ללא צורך בהליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה ובלבד שבקשתם תועבר לחברת הביטוח או למנהל ההסדר הרפואי בתוך 120 ימים מתאריך תחילת הביטוח.

2.2.4. **עובדים חדשים בתחילת עבודה, בני משפחתם המצומצמת וילדיהם הבוגרים**

2.2.4.1. עובדים חדשים רשאים להצטרף לפוליסה לרובד הבסיס ו/או לרובד המורחב ו/או לרובד הרשות ע"י מימון העובד באמצעי גביה אישי, ללא מילוי הצהרת בריאות וללא הליך חיתום כלשהו וללא תקופת

אכשרה בכפוף למילוי טופס הצטרפות ובלבד שבקשתם תועבר לחברת הביטוח או למנהל ההסדר הרפואי בתוך 120 ימים מתאריך תחילת העבודה.

2.2.4.2. בני משפחתם המצומצמת וילדים בוגרים של עובדים חדשים רשאים להצטרף לרובד הבסיס ו/או לרובד המורחב ו/או לרובד הרשות ללא מילוי הצהרת בריאות וללא הליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה בכפוף למילוי טופס הצטרפות ובלבד שבקשתם תועבר לחברת הביטוח או למנהל ההסדר הרפואי בתוך 120 ימים מתאריך תחילת העבודה.

2.2.5. **עובדי AIG בוותק הנמוך משנה ובני משפחתם המצומצמת וילדים בוגרים**

2.2.5.1. רשאים להצטרף לפוליסה לרובד הבסיס ו/או לרובד המורחב ו/או לרובד הרשות במימון העובד באמצעי גביה אישי, ללא מילוי שאלון בריאות וללא הליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה ובלבד שהצטרפו לביטוח בחלון ההצטרפות והכל בכפוף למילוי טופס הצטרפות בכנדרש.

2.2.6. **עובדים שמלאו להם שנת וותק אחת בעבודה, בני משפחתם המצומצמת וילדים בוגרים**

2.2.6.1. עובדים אלו יצורפו אוטומטית לרובד הבסיס ללא מילוי הצהרת בריאות וללא מילוי טופס הצטרפות וללא הליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה.

2.2.6.2. עובדים אלו רשאים להצטרף לרובד המורחב ו/או לרובד הרשות, ללא מילוי הצהרת בריאות וללא הליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה בכפוף למילוי טופס הצטרפות ובלבד שבקשתם תועבר לחברת הביטוח או למנהל ההסדר הרפואי בתוך 120 ימים מהתאריך בו מלאה לעובד שנת וותק אחת.

2.2.6.3. בני משפחתם המצומצמת וילדים בוגרים רשאים להצטרף לרובד הבסיס, ו/או לרובד המורחב ו/או לרובד הרשות, ללא מילוי הצהרת בריאות וללא הליך חיתום וללא תקופת אכשרה בכפוף למילוי טופס הצטרפות ובלבד שבקשתם תועבר לחברת הביטוח או למנהל ההסדר הרפואי בתוך 120 ימים מתאריך בו מלא לעובד שנת וותק אחת.

2.2.7. **עובדים שמלאו להם 4 שנות וותק בעבודה, בני משפחתם המצומצמת וילדיהם הבוגרים**

2.2.7.1. עובדים אלו יצורפו לרובד המורחב ללא מילוי הצהרת בריאות, ללא מילוי הצהרת בריאות וללא הליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה בכפוף למילוי טופס הצטרפות ובלבד שבקשתם תועבר לחברת הביטוח או למנהל ההסדר הרפואי בתוך 120 ימים מתאריך בו מלא לעובד 4 שנות וותק בעבודה.

2.2.7.2. עובדים אלו רשאים להצטרף לרובד הרשות, ללא מילוי הצהרת בריאות וללא הליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה בכפוף למילוי טופס הצטרפות ובלבד שבקשתם תועבר לחברת הביטוח או למנהל ההסדר הרפואי בתוך 120 ימים מהתאריך בו מלא לעובד 4 שנות וותק בעבודה.

2.2.7.3. בני משפחתם המצומצמת וילדיהם הבוגרים רשאים להצטרף לרובד הבסיס, ו/או לרובד המורחב ו/או לרובד הרשות, ללא מילוי הצהרת

בריאות וללא הליך חיתום כלשהו וללא תקופת אכשרה בכפוף למילוי טופס הצטרפות ובלבד שבקשתם תועבר לחברת הביטוח או למנהל ההסדר הרפואי בתוך 120 ימים מתאריך תחילת בו מלאו לעובד 4 שנות וותק בעבודה.

2.2.8. **שינוי במצב משפחתי** - בני משפחה חדשים של עובד (כגון: נישואין, ידוע בציבור, לידה, אימוץ, ילד אומנה) רשאים להצטרף לרובד הבסיס ו/או לרובד המורחב ו/או לרובד הרשות ללא הצהרת בריאות תוך 120 יום מיום השינוי לפי העניין בכפוף למילוי טופס הצטרפות והעברתו לחברת הביטוח או למנהל ההסדר הרפואי.

2.2.9. **הבהרה לעניין צירוף ילד/נכד חדש** - ככל שהועברה לחברת ביטוח או למנהל ההסדר הרפואי בקשה לצירופו של תינוק (או ילד/נכד מאומץ) בתוך 120 יום מיום לידתו (מיום האימוץ) יינתן כיסוי החל מיום לידתו של התינוק. מובהר כי יינתן כיסוי כולל עבור מום מולד, אפילו אובחן טרם הלידה. יובהר כי אם עקב טעות לא דווח ילד/נכד כלשהו אשר העובד ביקש לצרפו מכוח הרשום בטופס ההצטרפות, הילד/נכד יהיה מבוטח. לא צורך ילד עקב טעות, חברת הביטוח זכאית לדרוש תשלום פרמיה רטרואקטיבית מיום תחילת הביטוח. הצטרפות כאמור תיעשה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בהליך חיתום כלשהו ובלבד שבקשתם תועבר לחברת הביטוח בתוך 120 ימים מתאריך הלידה (האימוץ).

2.2.10. **ילד בוגר /נכד בוגר** - ילד שהגיע לגיל 26 שנה, רשאי להמשיך ולהיות מבוטח בביטוח על-פי פוליסה זו, עם רצף ביטוחי, על-פי הסכם זה, אולם גובה הפרמיה בגינו יהיה כמקובל לבן זוג והגביה בגינו תהיה באמצעי אישי ובתנאי שהודיע על רצונו בהמשך הביטוח בפוליסה זו בתוך 120 יום מיום גריעתו ממצבת המבוטחים על ידי AIG. חברת הביטוח תדאג להודיע למבוטח על כך מראש ובכתב.

2.3. **הצטרפות שלא בתוך חלון ההצטרפות** - הצטרפות שלא בתוך חלון ההצטרפות לרובד הבסיס או לרובד המורחב, תיעשה בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

2.4. **גריעה מהביטוח והצטרפות מחדש** - עובד ו/או בני משפחה שבחרו לגרוע עצמם מרובד הבסיס ו/או מרובד המורחב וביקשו להצטרף בשנית במועד מאוחר יותר, לא ייהנו מחלון הצטרפות ויהיו מחויבים בטופס הצטרפות ובהצהרת בריאות מלאה.

2.5. **פטירת עובד** - בן משפחה של עובד AIG שנפטר תוך כדי תקופת עבודתו ב-AIG, ואשר בעת פטירתו של העובד היה בן המשפחה מבוטח בפוליסה זו, יהיה זכאי להמשיך להיות במסגרת פוליסה זו עד לתום תקופת הביטוח. לחילופין מבוטחים אלו זכאים לעבור לפוליסת פרט בתנאי ההמשכיות המנויים להלן, בכפוף לתשלום הפרמיה רטרואקטיבית ממועד ביצוע הליך סיום עבודה עבור העובד הנפטר.

2.6. **עובד היוצא לגמלאות** - העובד ובני משפחתו, יהיו זכאים להמשיך להיות מבוטחים במסגרת פוליסה זו עד לתום תקופת הביטוח. בתום תקופת הביטוח מבוטחים אלו יהיו זכאים לעבור לפוליסה פרטית ובהתאם לתנאי ההמשכיות המנויים להלן לחילופין מבוטחים אלו זכאים לעבור לפוליסת פרט בתנאי ההמשכיות המנויים להלן, בכפוף לתשלום הפרמיה רטרואקטיבית ממועד הפרישה.

2.7. **עובד היוצא לחל"ת או לחל"ד** - עובד היוצא לחל"ד או עובד היוצא לחל"ת של עד 12 חודשים לתקופת החל"ת (לרבות התקופה של חל"ת מתום החל"ד) יישאר מבוטח (הוא ובני משפחתו המצומצמת וילדים בוגרים) בפוליסה זו (תשלום הפרמיה לכל המבוטחים ייגבה על ידי AIG), גם אם לא שולמה פרמיה בגינם (הפרמיה תנוכה ממנו בתום החל"ד/חל"ת). למען הסר ספק, העובד ובני משפחתו יישארו מבוטחים, כל עוד העובד במעמד חל"ת, גם אם תקופת החל"ת מעל 12 חודשים ובלבד שישולמו

הפרמיות (באמצעי גביה אישי) בגין המבוטחים. למען הסר ספק AIG רשאית לעדכן ולשנות מדיניות זו מעת לעת בהודעה מראש של 90 ימים לרבות בתחולה לעובדים (ובני משפחתם) הנמצאים בחל"ת או בחל"ד במועד שינוי המדיניות.

במקרה בו על פי מדיניות AIG ו/או אם מכל סיבה שהיא תחליט AIG שלא לשלם בגין רובד הבסיס או המורחב, לפי הענין לאותו עובד - יהיה זכאי העובד לשלם בעצמו, באמצעי גביה אישי. AIG תודיע לחברת הביטוח אחת לתקופה שתיקבע במקרה בו העובד אינו חוזר מהחל"ת והסתיימו יחסי עובד מעסיק.

2.8. **רכישה של רובד רשות** - עובד רשאי להצטרף לרובד הרשות בכל עת וללא תקופת אכשרה ובלבד שהרכישה של רובד הרשות תיעשה בתוך 120 ימים ממועד ההצטרפות. לאחר הימים האמורים, הצטרפות תהיה כרוכה בתקופת אכשרה של 90 ימים.

2.9. למען הסר ספק עובדים שאינם זכאים למימון המעסיק ובני משפחותיהם המצומצמת ישלמו בגין הרבדים שאינם זכאים באמצעי גביה אישיים, כל עוד אינם זכאים. יובהר כי ילדים בוגרים ימומנו בכל מקרה ע"י העובד באמצעי גביה אישיים.

2.10. החברה תיידע את חברת הביטוח באמצעות מהל ההסדר הרפואי על עובדים מבוטחים שעזבו ולא זכאים למימון מעסיק, לצורך גריעתם וגריעת בני משפחתם המצומצמת מהפוליסה.

2.11. הצהרת הבריאות הניתנת במסגרת ההצטרפות לאחד מהרבדים על פי פוליסה זו, תשמש לצורך זה בלבד - חברת הביטוח לא תהא זכאית לעשות בה שימוש לכל צורך אחר. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, במקרה בו ניתנת הצהרת בריאות רק לצורך הרובד השני, לא תהיה רשאית חברת הביטוח לעשות בה שימוש לרבות לא לצורך הרובד הראשון או לכל פוליסה אחרת מכל מין וסוג שהוא. ניתנה בטעות הצהרת בריאות על ידי המבוטח, היא לא תשמש את חברת הביטוח לכל דבר ועניין, למעט במקרה בו נתן המבוטח הצהרה קודמת בכתב שלא ניתן אלא לפרשה כסתירה להצהרה הנוכחית, והכל בכפוף להוראות כל דין.

3. תשלום פרמיות

3.1. הפרמיות החודשיות למבוטחים בש"ח, תהיינה כמפורט להלן:

סוג מבוטח	רובד בסיס הכולל תרופות, השתלות וטיפול מיוחדים בחו"ל, ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	רובד מורחב הכולל ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ושירותים אמבולטוריים	רובד רשות הכולל שירותים אמבולטוריים - הרחבה, וכתבי שירות: רפואה משלימה, רופא מלווה ואבחון מהיר
עובד	20.57	138.70	116.00
בן הזוג	20.57	138.70	116.00
ילד ונכד עד גיל 25 (כולל)	9.50	36.10	30.50
ילד מגיל 26 ואילך	20.57	138.70	116.00

מתוך סך הפרמיה לבוגר ברובד הרשות - 8 ש"ח בגין רפואה משלימה. מתוך סך הפרמיה לילד ברובד הרשות - 5 ש"ח בגין רפואה משלימה.

דמי הביטוח יהיו צמודים למדד הידוע במועד תחילת הביטוח.

3.2 הגדרות והבהרות:

3.2.1 **ילד בוגר** - ילד שאינו בהגדרת ילד צעיר. התשלום הוא עבור כל ילד בוגר. ילד בוגר לא ימומן ע"י AIG והתשלום בגינו ע"י העובד יהיה באמצעי גביה אישי

3.2.2 **ילד צעיר** - ילד עד גיל 25 (עד יום ההולדת ה-26).

3.3 **רובד מורחב - מבוטח יוכל לבחור אחד מבין שני כיסויים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ:**

3.3.1 מסלול ללא תלות בשב"ן "מסלול ניתוחים מהשקל הראשון" כאמור בפרק 4' ובתעריף המצויין לעיל.

3.3.2 **מסלול משלים לשב"ן** - כאמור בפרק 4' - ובתעריף המצויין לעיל.

3.4 **מבוטח במסלול שקל ראשון** - מסלול ברירת המחדל עבור כל עובדי AIG ובני משפחתם המצומצמת הזכאים למימון AIG הינו כיסוי במסלול שקל ראשון. מבוטח שיבקש לשנות או להצטרף למסלול משלים שב"ן, ייעשה זאת באמצעות טופס ההצטרפות. יובהר כי ככל שעובד יבחר לבטח את עצמו או את בני משפחתו במסלול משלים שב"ן כאשר הוא זכאי למימון בגין מסלול שקל ראשון, מימון המעסיק לא יכלול מעבר לעלות מסלול משלים שב"ן בגין העובד וילדיו ומחצית מעלות בן/ת הזוג.

3.5 **רובד בסיס ורובד מורחב** - הפרמיות המתייחסות לילד צעיר תהיינה עבור עד שני ילדים בלבד. החל מהילד הצעיר השלישי ואילך לא תשולם פרמיה וילדים צעירים אלו יבוטחו ללא תשלום (לשני המסלולים "שקל ראשון"/"משלים שב"ן", לרובד הבסיסי ולרובד המורחב). המבוטח ידווח על כל ילד אותו הוא מבקש לצרף לביטוח הרפואי בנוסף לאמור, חובת תשלום הפרמיה תחול בגין כל נכד אשר צורף לביטוח, ללא תלות במספר הנכדים (לגבי נכד, כפוף לבקשת העובד בכתב)

3.6 הפרמיה החודשית בגין הרבדים להם זכאים העובד ו/או בני משפחותיהם המצומצמות תשולם על ידי AIG (בכפוף למדיניות המימון של AIG לענין זכאות העובד לתשלום הרובד על-ידי AIG) לחברת הביטוח (גילום המס יהיה על חשבון העובדים, למעט הרובד הראשון בגין העובד כאמור לעיל) ותועבר לחברת הביטוח. הפרמיות לחברת הביטוח יועברו עד ה-25 בכל חודש בגין החודש הקודם. למען הסר ספק, תשלום על-ידי העובד עבורו או עבור בני משפחתו המצומצמת עבור רובד שאינם זכאים לו יבוצע באמצעי גביה אישי למעט תשלום בגין בן/ת הזוג לזכאים לרובד השני שיעשה באמצעות ניכוי מהשכר.

3.7 לא שולמה פרמיה בגין מבוטח עבור תוכנית הביטוח עקב טעות או שולמה פרמיה חלקית בלבד, חברת הביטוח תראה בו מבוטח החל מהמועד בו היו צריכות להשתלם פרמיות הביטוח ובכפוף להשלמת דמי הביטוח כנדרש.

3.8 התשלום עבור רובד הרשות יעשה באמצעי גביה אישי.

3.9 למען הסר ספק עובדים שאינם זכאים למימון המעסיק ובני משפחותיהם המצומצמת ישלמו בגין כל הרבדים באמצעי גביה אישיים, כל עוד אינם זכאים. יובהר כי ילדים בוגרים ימומנו בכל מקרה ע"י העובד באמצעי גביה אישי.

3.10 AIG תיידע את חברת הביטוח באמצעות מנהל ההסדר הרפואי על עובדים מבוטחים שעזבו ולא זכאים למימון מעסיק, לצורך גריעתם וגריעת בני משפחותיהם מהפוליסה.

3.11 AIG תשתתף באופן חלקי או מלא בעלות הביטוח של עובדי ובני משפחותיהם הזכאים, ע"פ מדיניות המימון של AIG. העובד יישא בעלות המס בגין הביטוח של בני משפחתו המצומצמת ובגין הרובד השני עבורו. AIG תישא בעלות המס של רובד הבסיס בגין העובד עם הגיעו לזוותק של שנה. מדיניות זו כפופה לשינויים כפי שתיקבע AIG מעת לעת ובכפוף להודעה מראש לחברת הביטוח של 90 ימים. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי מדיניות המימון של AIG כמפורט להלן, אינה מהווה הסכם לטובת צד שלישי

או התחייבות כלשהי כלפי צד שלישי כאמור, ו-AIG רשאית לשנותה מעת לעת בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי.

4. טעות בצירוף בני משפחה מצומצמת:

4.1. ביקש העובד להצטרף ו/או לצרף בן משפחה והעביר טופס הצטרפות, ועקב טעות של AIG ו/או חברת הביטוח ו/או של מנהל ההסדר הרפואי, לא דווח על ההצטרפות של העובד ו/או בן משפחתו לחברת הביטוח, יהיה העובד ו/או בן משפחתו מבוטח באופן מלא ע"פ פוליסה זו. חברת הביטוח זכאית לדרוש תשלום פרמיה רטרואקטיבית מיום תחילת הביטוח.

4.2. לא שולמה פרמיה בגין מבוטח עקב טעות או שולמה פרמיה חלקית בלבד, חברת הביטוח תראה בו כמבוטח החל מהמועד בו היו צריכות להשתלם פרמיות הביטוח.

4.3. קרה מקרה ביטוח ועקב טעות לא צורף לביטוח מבוטח או עובד או בן משפחה, חברת הביטוח תראה בו, כזכאי לתגמולי ביטוח כאילו צורף לביטוח, זאת החל מהמועד בו צריכים היו להשתלם הפרמיות בגינו. המבוטח ו/או AIG לפי העניין יהיו חייבים בתשלום פרמיה החל מהמועד כאמור ועד למועד קרות מקרה הביטוח. במקרה זה ייחשב המבוטח כמי שהצטרף בחלון ההצטרפות במועד המקורי (הרטרואקטיבי) בו אמור היה להיות מצורף לביטוח. האמור בסעיף זה ובסעיף 4.2 יחול במקרים הבאים:

4.3.1. בכל מקרה בו AIG מממנת את הביטוח (לרבות לגבי עובד זכאי לגבי הרובד הראשון או השני), בכל מקרה של טעות, וזאת לאחר קבלת הצהרת AIG כי הפרמיה לא שולמה עקב טעות

4.3.2. בכל מקרה בו העובד מממן את הביטוח - סעיף זה יחול במקרה של טעות מצידה של AIG ו/או הסוכנות ו/או חברת הביטוח.

4.4. במידה ועובד זכאי לא הצטרף או לא צירף את בני משפחתו במסגרת חלון ההצטרפות שלא עקב טעות כאמור לעיל, צירוף העובד או בני משפחתו ייעשה באמצעות הצהרת בריאות.

5. רצף ביטוח

5.1. מבוטחים קיימים בביטוח קודם AIG שיעברו אוטומטית או שיאשרו את הצטרפותם לפוליסת ביטוח זו בהתאם לאמור בסעיף 3.1 לעיל, יהנו מרצף ביטוחי מלא (ללא שום סייגים ו/או מגבלות). מובהר כי בכל מקרה בו היו זכאים מבוטחים אלו לתנאים טובים יותר על פי ביטוח קודם AIG - יחולו התנאים העדיפים. לעניין זה מובהר כדלקמן:

5.1.1. כמועד הצטרפותם לפוליסה זו יחשב מועד הצטרפותם לביטוח הקודם.

5.1.2. החרגים ו/או ההחרגות של המבוטחים הקיימים בפוליסת ביטוח קודם AIG שהתקבלו לביטוח עם החרגות - יבוטלו לאחר 12 חודשים ממועד הצטרפותם לביטוח AIG קודם או לפוליסה זו לפי המוקדם. החרגות בס"ק זה - החרגות שנקבעו בהליך חיתום אישי.

5.1.3. חברת הביטוח תהיה חייבת בתגמולי ביטוח עבור כל מקרה ביטוח כהגדרתו על פי פוליסה זו, שאירע במהלך תקופת ביטוח זו או במהלך תקופת הביטוח הקודם.

5.2. עובדי AIG ובני משפחותיהם המצומצמת וילדים בוגרים שהיו מבוטחים בביטוח קודם אחר ערב המעבר לפוליסה זו או בתחילת העבודה ב-AIG או במועד זכאותם (ביחס לעובדים חדשים), זכאים לעבור לפוליסה זו וללא מילוי הצהרת בריאות (ובלבד שהפעילו הסדר רצף ביטוחי זה בתקופת חלון ההצטרפות) ויהנו מרצף ביטוחי על כסויים דומים ומועד הצטרפותם לפוליסה זו יחשב מועד הצטרפותם לביטוח הקודם האחר.

5.3. מעבר ברצף ביטוח מלא כאמור לעיל, יינתן אם הצטרף המבוטח בחלון ההצטרפות לפוליסה זו.

6. תקופת אכשרה

- 6.1. בכל הביטוחים לפי הסכם זה לא תהיה תקופת אכשרה אם הצטרף בחלון ההצטרפות, ולמעט אם נאמר במפורש אחרת בסעיף ספציפי באחד הפרקים.
- 6.2. תקופת האכשרה למבוטח שהצטרף מעבר למועד הקבוע בחלון ההצטרפות - תקופת האכשרה בגינה תהיה 90 ימים עבור הפרקים האמבולטוריים, רפואה משלימה.
- 6.3. מבוטח שביטל את הביטוח מרצונו ושב אליו בחזרה, תחול לגביו תקופת אכשרה בת 90 ימים לרבות עבור פרק אמבולטורי ופרק רפואה משלימה.

7. תגמולי ביטוח ותביעות:

- 7.1. עם אישור התביעה על ידי חברת הביטוח, תשלם חברת הביטוח את תגמולי הביטוח ישירות לנוותן השירות או למבוטח, ו/או תמציא התחייבות כספית לנוותן השירות בהתאם לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, כמפורט להלן:
- 7.2. **התחייבות כספית לנוותן שירות שבהסכם (למעט במקרה של כיסוי לניתוחים בישראל):** על המבוטח להודיע לחברת הביטוח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. לא פנה המבוטח לחברת הביטוח לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית חברת הביטוח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיתה משלמת חברת הביטוח לו היה פונה המבוטח לחברת הביטוח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבוטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו חברת הביטוח את בירור חבותה ולא הכבידה על הבירור.
- 7.3. **השתתפות חברת הביטוח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם (למעט במקרה של כיסוי לניתוחים בישראל):** חברת הביטוח תהא רשאית לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנוותן השירות או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקים. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 7.4. המבוטח ימסור לחברת הביטוח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים הרפואיים והאחרים (מקוריים או העתקים) הדרושים לחברת הביטוח לשם בירור חבותה, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר.
- 7.5. אם יידרש לכך על ידי חברת הביטוח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם חברת הביטוח ועל חשבוה. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בערכאות שיפוטיות.
- 7.6. אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכות המבוטח לתשלום מחברת הביטוח במקרה בו בחר המבוטח לבצע השתלה ללא השתתפות חברת הביטוח במימון עלות ההשתלה והגמלה הנילווית לה, עפ"י האמור בפרק ההשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל.
- 7.7. המבוטח ימסור לחברת הביטוח כתב ויתור סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברת הביטוח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- 7.8. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים או העתקים של החשבונות המקוריים שיומצאו לחברת הביטוח, וישולמו במטבע בו ניתן לשלם את התשלום לפי העניין. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברת הביטוח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
- 7.9. תשלומים במטבע חוץ שתשלם חברת הביטוח, שאמורים להיות משולמים בישראל, יחושבו לפי שער הקניה ביום התשלום.

- 7.10. המבוטח יהיה חייב בתשלום כל המסים המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים והעברתו לחו"ל, למעט הוצאות הקשורות בהמרה למטבע חוץ, שחברת הביטוח תשלם על פי הביטוח, כפי שיהיו מעת לעת.
- 7.11. חברת הביטוח תודיע למבוטח בתוך 30 ימי עבודה על כל המסמכים החסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. חברת הביטוח לא תוכל להשתמש בעילת דרישת מסמכים אשר לא נדרשו מלכתחילה, לצורך השהיית תגובתה.
- 7.12. אישור או דחיה של התביעה יעשה תוך 30 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטחת כל המסמכים הסבירים הנדרשים לה לשם אישור תביעה. במקרה חירום תפעל חברת הביטוח אף להקדים מועד זה לשלושה ימי עבודה.
- 7.13. תשלום תביעה שאושרה כאמור לעיל ייעשה בתוך 5 ימי עבודה ממועד אישורה.
- 7.14. נפטר מבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילמה חברת הביטוח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייבה חברת הביטוח לשלם, תשלם חברת הביטוח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, תשלם חברה הביטוח יתרה זו לעיזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויבת חברת הביטוח על פי תנאי הפוליסה.
- 7.15. חברת הביטוח תעמיד לרשות המבוטחים מוקד שירות שיפעל בימים ובשעות הפעילות המקובלות ו-24 שעות ביממה 365 יום בשנה למקרי חירום.
- 7.16. בתום ההתקשרות חברת הביטוח מתחייבת לכסות תביעות המכוסות על פי הסכם זה ואשר בוצעו בפועל בתוך תקופת הביטוח. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, כיסוי בגין פרק הטיפול התרופתי ופרק ההשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל לא יפסק לגבי מקרה ביטוח שלגביו חברת הביטוח תשלם בפועל תגמולי ביטוח גם אם ההסכם יפסק מכל סיבה שהיא. ניתוחים וטיפולים שאושרו לביצוע במהלך תקופת ההתקשרות ואירעו בתוך 60 יום לאחר תומה יכוסו אף הם בכפוף להמחאת זכות תביעתו של המבוטח מהמבטח בפוליסה החדשה שתהיה בתוקף במועד ביצוע הניתוח/הטיפול.
- 7.17. למען הסר ספק מובהר, כי מוסכם על הצדדים שניתן להגיש תביעה בגין מקרה ביטוח אף לאחר ביטולו ו/או סיומו של הסכם זה ובלבד שמקרה הביטוח היה מכוסה על פי הסכם זה ואירע במהלך תקופת ההסכם.
- 7.18. מבלי לגרוע מהאמור לעיל (על מנת להרחיב את חבותה ואחריותה של חברת הביטוח ולא לצמצמה), מוסכם כי אם מקרה הביטוח מכוסה על-פי חוזה זה ואירע במהלך תקופת ההסכם, חברת הביטוח תספק את מלוא השירות הכלול בהסכם זה למבוטחים אף לאחר סיום חוזה זה ובתנאי שטרם הסתיימה תקופת ההתיישנות. בכלל זה: מתן פיצוי ו/או שיפוי ו/או תשלומים ישירים לנותני שירות שבהסכם או כל שירות אחר הכלול בהסכם. אין באמור לעיל כדי לגרוע מחבות חברת הביטוח במקרה בו עליה להמשיך לתת את השירותים לתקופות כאמור בהסכם זה. למען הסר ספק, מובהר בזאת, כי תקופת ההתיישנות תמנה מהמועד שבו קמה למבוטח זכאות לקבל תגמולי ביטוח או ממועד קרות מקרה הביטוח, לפי המאוחר מביניהם.
- 7.19. מבלי לפגוע באמור בהסכם זה, חברת הביטוח תאפשר למבוטח לקבל מקדמות במקרים של השתלות, בהן התשלום מתבצע ישירות לבית החולים בו מתבצעת ההשתלה ו/או במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל ו/או במקרה של ניתוחים בחו"ל שלא באמצעות חברת הביטוח (המקדמות כאמור יועברו בסמוך לביצוע פרוצדורה כאמור) או בגין טיפול תרופתי שעלותו מעבר ל-10,000 ₪ בחודש או לקבל התחייבות כספית לקבלת השירות הרפואי מראש, בתנאי כי תביעתו של המבוטח אושרה על ידי חברת הביטוח.

8. הוראות לענין חבות משותפת וזכות שיבוב

- 8.1. חברת הביטוח תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל חברת הביטוח ובין אצל חברת ביטוח אחרת.
- 8.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, תישאנה חברות הביטוח בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

9. בחירת המבוטח

- 9.1. מובהר, כי חברת הביטוח לא תחייב את המבוטח לצרף ו/או לקבל שירותים כלשהם כמפורט בהסכם זה, בין רפואיים ובין אחרים, מנותני שירות ו/או רופאים ו/או ספקים ספציפיים, וכי למבוטח שיקול דעת בלעדי וזכאות לקבל שירותים, בין רפואיים ובין אחרים, מאת בית חולים, מעבדה, רופא, רופא מומחה, אח/אחות, והכל בכפוף להוראות ולסייגים המפורטים בכל אחד מפרקי הפוליסה.

10. תחלוף

- 10.1. היתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי מאת צד שלישי, למעט מקופת החולים באופן ישיר או במסגרת שב"ן, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברת הביטוח זכות זו לאחר ששילמה חברת הביטוח תגמולי ביטוח למבוטח עד לגובה התגמולים ששילמה חברת הביטוח. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על-פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.
- 10.2. קיבל המבוטח מהצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לחברת הביטוח על-פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברת הביטוח. אם עשה המבוטח פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברת הביטוח כאמור, עליו לפצות את חברת הביטוח בשל כך.
- 10.3. על אף האמור לעיל, העברת זכות הפיצוי ו/או השפוי ו/או המחאת זכות לחברת הביטוח לא תתקיים במקרים הבאים:
- 10.3.1. במקרה ותגמולי הביטוח אינם מכסים את מלוא התשלומים ו/או ההוצאות של המבוטח.
- במקרה זה רק יתרת הסכום תועבר ו/או הזכות בגינה תומחה על-ידי המבוטח לחברת הביטוח.
- 10.3.2. זכות המבוטח לקבל פיצוי בגין הפסדיו ו/או הוצאותיו ו/או סכומים להם זכאי שאינם מיועדים ישירות לתשלום רכיבים המכוסים בפוליסה זו גוברת וקודמת לזכות חברת הביטוח.
- 10.3.3. במקרה בו תביעת השפוי ו/או ההמחאה תפגע באפשרות המבוטח לתבוע כספים ו/או הוצאות נוספות שהצטברו ו/או עשויות להצטבר בעתיד מצד שלישי.
- 10.3.4. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, במקרה בו קיימת תקרת כסוי מרבית בחברת הביטוח ו/או אצל הצד השלישי, ושיפוי זה עשוי לפגוע בזכויות המבוטח בעתיד.
- 10.4. למען הסר ספק מובהר כי חברת הביטוח לא תעכב אישור על מלוא תגמולי הביטוח ו/או תשלומים ולא תמנע כל טיפול המכוסה בפוליסה זו לרבות ביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד או ניתוח בחו"ל בגלל חבות של גוף שלישי לשאת בחלק מההוצאות.
- 10.5. מוסכם כי זכות התחלוף של חברת הביטוח לא תחול אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה על-ידי אדם או גוף שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי עקב היותו קשור עם המבוטח או אורחו של המבוטח. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, חברת

הביטוח מוותרת על זכותה לשיפוי ו/או פיצוי מצד שלישי, אם הצד השלישי הוא AIG, כל אדם בשירותה של AIG, עובדיה או עובדיה לשעבר של AIG, דירקטור, שלוח, או בעלי מניותיה, וכן מוותרת על זכות לשיבוב נגד בן משפחה של המבוטח ו/או כל אדם ו/או גוף שהמבוטח ויתר על זכות השיבוב כלפיו בכתב לפני קרות מקרה הביטוח.

11. אופציה להמשך הביטוח:

11.1. פורש ותיק כהגדרתו לעיל ובני המשפחה המצומצמת של הפורש הותיק, יהיו זכאים להמשיך להיות מבוטחים בביטוח זה, המשך הביטוח כאמור יהיה בתוספת מחיר של 30%.

מבוטחים שתם לגביהם הביטוח, למעט במקרה של "פורש וותיק", והיו מבוטחים בהסכם זה ערב הפסקת העבודה, יהיו זכאים להמשיך את הביטוח במסגרת ביטוח פרטי של חברת הביטוח על פי בחירתם (להלן: "**הביטוח הפרטי**" או "**הפוליסה הפרטית**") בתנאים שיהיו מקובלים בחברת הביטוח באותה העת (בכפוף להוראות הסכם זה) ובהתאם לכיסויים שיהיו בחברת הביטוח באותה העת, ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרת בריאות ברצף ביטוחי ובריאותי ביחס לכיסויים והסכומים החופפים בלבד בין פוליסה זו לפוליסה לביטוח הפרטי, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב תוך 120 יום מיום הודעת חברת הביטוח למבוטח על סיום הביטוח ובתנאי שהמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעי גביה אישי רטרואקטיבי ממועד סיום הביטוח הקבוצתי. בן/בת זוג של עובד בעל פוליסה, ילד ונכד של עובד בעל פוליסה המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין או פטירה (חו"ח), הפסקת עבודה של העובד, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח במסגרת ביטוח פרטי, בתנאי שהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח ובכפוף לתנאים הנקובים בסעיף 12.3 להלן, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברת הביטוח תוך 120 יום ממועד הודעת חברת הביטוח למבוטח על זכאותו במקרה של פטירה או גירושין, או סיום עבודה של העובד לפי העניין והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעי גביה אישי רטרואקטיבי ממועד סיום הביטוח הקבוצתי. למען הסר ספק, פורש ותיק ו/או בני המשפחה המצומצמת של הפורש הותיק, יהיו רשאים אף הם, לפי שיקול דעתם, לרכוש ביטוח פרטי כמשמעו בסעיף זה, או להמשיך הביטוח בפוליסה הקבוצתית.

11.2. במקרה ומכל סיבה שהיא לא יוארך הסכם הביטוח, והפוליסה הקבוצתית לא תחודש בחברת הביטוח או בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים או חלק מהמבוטחים, יהיו רשאים המבוטחים או חלק מהמבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת עבורם ואשר היו מבוטחים במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, להצטרף לביטוח פרטי, בתנאים שיהיו מקובלים בחברת הביטוח באותה העת (בכפוף להוראות הסכם זה) ובהתאם לכיסויים שיהיו בחברת הביטוח באותה העת, לפי ההנחות הנקובות בסעיף 12.3 להלן) ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרות בריאות, ברצף ביטוחי ובריאותי ביחס לכיסויים ולסכומים החופפים בין פוליסה זו לביטוח הפרטי, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 120 יום מיום הודעת חברת הביטוח למבוטח על סיום הביטוח ובתנאי שהמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיות באמצעות גביה אישית רטרואקטיבית ממועד סיום הביטוח הקבוצתי:

11.3. בגין האירועים האמורים בסעיפים 12.2 או 12.1, המבוטחים יהיו זכאים ברישית ביטוח בריאות פרטי להנחות כפי שישוכמו עם המבטחת לאחר תמחור ביטוחי הבריאות (לאחר הרפורמה).

11.4. ילד / נכד שהגיע לגיל 25 שנה, רשאי להמשיך להיות מבוטח בביטוח על-פי פוליסה זו, עם רצף ביטוחי, על-פי הסכם זה, אולם גובה הפרמיה בגינו יהיה כמקובל לעובד וגם הגביה בגינו תהיה באמצעי גביה אישי.

12. תקופת ההסכם

- 12.1. פוליסה זו תכנס לתוקפה החל מיום 1.1.2025 ועד 31.12.2029.
- 12.2. על אף האמור בסעיף 13.1, שמורה ל-AIG הזכות, בכל עת, להפסיק את ההסכם בהתראה של 90 ימים מראש מכל סיבה שהיא ובכפוף לכך שתמשיך לבטח את המבוטחים אצל מבטח אחר.
- 12.3. "פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 13 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה- סעיף 9 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.

13. התאמת הפרמיה

- 13.1. בחלוף 24 החודשים או 36 החודשים הראשונים מתאריך תחילת הביטוח, תהיה רשאית חברת הביטוח להעלות את דמי הביטוח, בכפוף להוראות הסכם זה על נספחיו.
- 13.2. לחלופין, תוכל AIG, עפ"י שיקול דעתה הבלעדי והמוחלט, לבחור להמיר את מלוא ההתייקרות התעריף החדש או חלקה בשינוי בהיקף הכיסויים בפוליסה, כפי שיוסכם בינה לבין המבטחת.
- 13.3. חברת הביטוח לא תבצע במהלך תקופת הביטוח ו/או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלום המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מבניהם, 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 - חברת הביטוח רשאית להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לענין זה, "**העלאה של דמי ביטוח**":
- 13.3.1. לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- 13.3.2. לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- 13.3.3. למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל כפי שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- 13.3.4. במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 13.3.5. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

14. שינויים בתנאי הביטוח או בדמי הביטוח

- 14.1. 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;
- 14.2. על אף האמור בסעיף 15.1 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.
- 14.3. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבוטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווה שבין המבוטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 14.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבוטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווה שבין המבוטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבוטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחווה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 14.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח, תמסור חברת הביטוח 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) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, 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, תמסור חברת הביטוח 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.
- 14.6. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבוטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - תמסור חברת הביטוח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 14.7. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותה חברת ביטוח ובין אם אצל חברת ביטוח אחרת, לכלל או לחלק מהמבוטחים, תמסור חברת הביטוח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ותציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן תפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 14.8. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי תמסור חברת הביטוח 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.
- 14.9. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, תמסור חברת הביטוח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

15. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח:

- 15.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש

הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

15.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, 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 המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי; "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח מפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

15.3. על אף האמור בתקנה 9(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, 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) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

16. סמכות שיפוט

סמכות השיפוט הבלעדית בכל הקשור לפרשנות ו/או סכסוך ו/או מחלוקת בין המבוטח לחברת הביטוח הקשורים או הנובעים מהסכם זה, תהא לבתי המשפט בישראל. סמכות שיפוט מקומית תהא לכל בית משפט בישראל לפי בחירתו של המבוטח.

17. גבול אחריות חברת הביטוח מחוץ לגבולות מדינת ישראל

17.1. חבות חברת הביטוח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו והמבוצעים במדינת ישראל, למעט ניתוחים פרטיים, השתלות וטיפולים מיוחדים שהמבוטח בחר לבצעם בחו"ל בכפוף לתנאי הפוליסה. יובהר כי הביטוח על-פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

17.2. מבוטחים שיצאו לחו"ל לתקופה העולה על 180 יום, יהיו רשאים לשמור על המשך מלא של הפוליסה תוך תשלום פרמיה מלאה.

18. כללי

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

18.2. יובהר כי במקרה בו מקרה הביטוח התרחש בזמן שהביטוח היה בתוקף, אך מכל סיבה שהיא הביטוח הפוסק בטרם בוצע הטיפול ו/או טרם הושלם, חברת הביטוח תעניק כיסוי ביטוחי למבוטח על פי פוליסה זו.

18.3. יובהר כי הכיסויים הביטוחיים במסגרת הסכם זה יכללו כל עוד אין מניעה ו/או איסור בהוראות כל דין. במידה ויבוטל כיסוי ביטוחי מכוח הוראות כל הדין שיש בו כדי להפחית את הסיכון לחברת הביטוח, תופחת עלות הביטוח בהתאם. ככל שלא ניתן יהיה לזהות באופן ברור את היקף הפחתת הפרמיה הנדרשת, ינוהל מו"מ בין הצדדים בתום לב על תיקון הפוליסה או ההסכם לו השלכה משמעותית על עלות הכיסויים הביטוחיים.

18.4. בכל מקרה בו בפוליסה אין חריג מפורש של מצב בריאותי קודם, לא תהא רשאית חברת הביטוח להתייחס למצב בריאותי קודם ו/או לדחות תביעת ביטוח בגינו.

18.5. לא יהיה תוקף לכל שינוי, תוספת או גריעה מהסכם זה לאחר חתימתו אלא אם נעשו בכתב ונחתמו על ידי הצדדים.

- 18.6. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות ביטוח קודם AIG לבין הוראות פוליסה זו המהווה רצף ביטוחי לביטוח קודם AIG, יפעלו הסתירה ו/או אי בהירות ו/או דו המשמעות לטובת המוטב שהצטרף לפוליסה זו, תוך הישענות על העיקרון כי הפוליסה באה להוסיף על תנאי הביטוח קודם AIG ולהטיב את תנאי המוטבים שהצטרפו אליו, ולמעט כיסויים שהוסרו ו/או תוקנו ו/או שונו ו/או מכח רגולציה.
- 18.7. הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו של חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981 והתקנות שהוצאו מכוחו.

19. הצמדה

- 19.1. סכומי הביטוח הקבועים וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על-פי תנאי הפוליסה, על-ידי חברת הביטוח ו/או על ידי המבוטח, לפי העניין, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל.
- 19.2. 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.
- 19.3. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל או המדד הידוע בראשון לחודש עבורו מתבצע התשלום, לפי העניין, לבין המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.

20. הודעות

- על המבוטח להודיע לחברת הביטוח על כל שינוי כתובת. הודעה שתישלח על-ידי חברת הביטוח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

21. שונות

- 21.1. חברת הביטוח אינה רשאית להמחות ו/או להעביר ו/או להסב לצד שלישי כלשהו את זכויותיו ו/או התחייבויותיו מכוח הסכם זה, כולן או חלקן, אלא בהסכמת AIG מראש ובכתב, למעט בהתייחס לכל התחייבות שתבוצע במסגרת ההסכם על ידי ספק משנה של חברת הביטוח, הנדרשת לצורך מתן השירותים הבאים: שירותים תפעוליים או לוגיסטיים וספקי שירות של כתבי שירות שאז לא יידרש אישורה המפורש מראש ובכתב של AIG.
- 21.2. הסכם זה ממצה את מכלול היחסים בין הצדדים ולא תהא כל נפקות לכל משא ומתן, הסכמה, התחייבות ומצג אשר היו, ככל שהיו, בין במפורש ובין במרומז, בין בכתב ובין בעל פה, בין הצדדים עובר לחתימה על הסכם זה.
- 21.3. לא יהא כל תוקף לכל שינוי, תוספת או גריעה מהסכם זה לאחר חתימתו, אלא אם נעשו בכתב ונחתמו על-ידי הצדדים.
- 21.4. שום התנהגות על ידי מי מן הצדדים לא תחשב כוויתור על איזו מזכויותיו על-פי הסכם זה, ו/או כוויתור או הסכמה מצדו לאיזו הפרה או אי קיום של תנאי מתנאי ההסכם, או שינוי, ביטול או תוספת על תנאי שהוא אלא אם כן נעשו במפורש ובכתב.
- 21.5. כתובות הצדדים לצורך הסכם זה תהיינה אלו הרשומות בצד שמותיהם במבוא להסכם זה, או כל כתובת אחרת שימסור צד למשנהו בהודעה בכתב. כל הודעה שתישלח על ידי צד אחד למשנהו תישלחנה באמצעות אחת מהדרכים הבאות: (א) במסירה אישית, (ב) בדואר רשום; (ג) באמצעות שליח; (ד) בפקסימיליה (עם אישור שיגור) או (5) בדואר אלקטרוני. הודעות הנמסרות באופן אישי, תיחשבנה כאילו נמסרו במעמד המסירה כאמור. הודעות שנשלחו רשום בדואר תיחשבנה כאילו נתקבלו 3 (שלושה) ימי עסקים לאחר המשלוח. הודעות באמצעות פקסימיליה או דואר אלקטרוני, תיחשבנה כאילו נתקבלו בתאריך השיגור עם קבלת האישור.

22. הסדרים תחיקתיים

22.1. הוראות הסכם זה, לרבות פוליסת הביטוח ותנאיה, כפופים להוראות הדין ולהסדרים התחיקתיים החלים מכוח הוראות הדין הישראלי הרלבנטי והחלים על חברת הביטוח ועל מתן השירותים בהסכם זה, לרבות חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), תשמ"א-1981, חוק חוזה הביטוח, תשמ"א-1981 וכן הוראות כל חוק נוסף וכן תקנות, צווים והוראות שהותקנו מכוח החיקוקים האמורים על פי נוסח העדכני מעת לעת וכן הוראות הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון, כפי שיתעדכנו מעת לעת (להלן: "חיקוקים").

22.2. הוראות הסכם זה באות להוסיף ולא לגרוע מכל הוראה מכוח החיקוקים. ובכל מקרה ובכל נושא או עניין הנזכר בהסכם זה וכן נזכר בהוראות החיקוקים. ואשר מוסדר באופן שונה מהאופן בו הוא מוסדר בהסכם, יפורש בהתאם להסדר העדיף מבחינת המבוטח, בכפוף להוראות הדין.

22.3. למען הסר ספק, במקרה של סתירה בין הוראה מהוראות ההסכם להוראות קוגנטיות בחיקוקים - אזי יגברו ויחולו הוראות החיקוקים בהתאם להסדרים הקבועים שם.

22.4. במקרה של סתירה או אי בהירות או דו משמעות בין הוראות ההסכם פוליסה ו/או בין הוראות הפוליסה לאמור בפרקי הכיסוי, תחול הפרשנות המטיבה עם המבוטח. AIG או היועץ יציגו בפני חברת הביטוח את הפרשנות החלה. במקרה של מחלוקת ידון הנושא בועדת הערר.

23. סעיף 4 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ו-2009

(1) מוטלת על המבטח 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 לענין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח בריאות לפי סעיף 101(ג) לחוק עובדים זרים;

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

(3) לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף קטן זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; 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 ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד; ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בחברת המבטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

(2) סעיף קטן (א) לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות חברתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה החברתית היתה בתוקף לגבי חברת המבטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לענין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה:

(א) ניתוחים;

(ב) תרופות;

(ג) השתלולים;

(ד) מחלות קשות;

(ה) שיניים;

(ו) תאונות אישיות.

(3) פחת מספר המבוטחים בחברה מ-50, לא תחודש הפוליסה החברתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

24. חריגים שחלים על כל פרקי הביטוח:

חברת הביטוח לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח בפרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

24.1. מקרה הביטוח ארע לפני תחילת הביטוח על פי פוליסה זו או אחרי תום תקופת הביטוח.

24.2. חברת הביטוח לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שגורם עיקרי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. דהיינו מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לראשונה לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפות לראשונה לביטוח. חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

24.2.1. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו לראשונה פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

24.2.2. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו לראשונה 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

24.3. במקרה בו נדרשת על פי הסכם זה הצהרת בריאות: המבוטח יתקבל לביטוח בהתאם להחלטת חברת הביטוח. מובהר כי אם הצהיר המבוטח על הצהרת בריאות כמפורט בהסכם זה והמציא לחברת הביטוח כל מסמך שנתבקש עקב הצהרת הבריאות שמילא, לא יחול חריג מצב רפואי קודם על מושא הצהרתו אלא אם יוחרג המצב הרפואי המסוים במפורש על-ידי חברת הביטוח.

24.4. מוסכם ומובהר כי חברת הביטוח לא תהא רשאית להסתמך ו/או לעשות כל שימוש בהצהרת בריאות ו/או במסמכים כלשהם לצורך אחר, לרבות לצורך ביטוח לפרק אחר לפי הסכם זה. ניתנה בטעות הצהרת בריאות על ידי המבוטח, היא לא תשמש את חברת הביטוח לכל דבר ועניין.

24.5. למען הסר ספק סעיף 24.2 לא יחול על כל פרקי האמבולטורי, רפואה משלימה, ורופא מלווה ואבחון מהיר

פרק 1: השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפרק הכללי להסכם זה, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 **"הטסה רפואית"** - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר, מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, כולל העברה ברכב יבשתי, המותאם לעניין משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח, והכול בהתאם לקביעת רופא מטעם המבוטח. בכל מקום בו תכוסה הטסה רפואית יכוסה גם שינוע בכל דרך אחרת.

1.2 **"השתלה"** - השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות כמפורט באחד מסעיפים 1.2.1-1.2.3:

1.2.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של: לב, ריאה, אונת ריאה, כליה, לבלב, אונת כבד, כבד, שחלה, מעי, רחם וכל שילוב ביניהם, 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, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם או תאי גזע מתורם אחר בגוף המבוטח, ו/או איבר מלאכותי (ובכלל זה לרבות הדפסת איבר ובתנאי שהפרוצדורה מקובלת לפי אמות מידה רפואיות מקובלות ומאושרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל, בארה"ב או באיחוד האירופאי) ו/או תפעול באמצעות איבר מלאכותי מלווה או שלא מלווה בכריתה כירורגית. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושלת לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד;

1.2.2 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית.

1.2.3 השתלת מח עצם או תאי אב או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו;

1.3 **"הוצאות מוכרות"** - הוצאות ישירות בגין השתלה בישראל או בחו"ל או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בפרק זה.

1.4 **"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.

1.5 **"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 המפורטים בסעיפים 1.5.1-1.5.9 לפחות:

1.5.1 שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל;

1.5.2 הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו.

1.5.3 **בנוסף**, ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל את הראיה בעין אחת או שתי העיניים.

- 1.5.4. **בנוסף**, הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות לצמיתות בשיעור העולה על 50%.
- 1.5.5. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל;
- 1.5.6. זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג, ארוך באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח.
- 1.5.7. **בנוסף**, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן סביר.
- 1.5.8. **בנוסף**, קיים בחו"ל ניסיון מוכח ו/או רב יותר מאשר בישראל (לפי קריטריונים רפואיים מקובלים) בביצוע הטיפול המיוחד.
- 1.5.9. **בנוסף**, המבוטח נדרש לטיפולים ו/או ניתוחים במרכזים מוכרים בעולם לנושאי הסרטן, מחלות אוטואימוניות ומחלות ייחודיות.
- 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;

2. מקרה ביטוח

- מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.
- בנוסף**, הסמכות המאשרת את הצורך הוא רופא מומחה מטעם המבוטח. יובהר כי הזכאות לכיסוי ביטוחי יהא על פי תנאי פרק זה והפוליסה.

3. כיסוי ביטוחי

- 3.1. **להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי כמפורט בסעיף קטן 4.3.
- 3.2. **להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח** - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי כמפורט בסעיף קטן 4.3 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:
- עבור השתלה כהגדרתה בחלופה בסעיף 1.2.1-1.2.3 עד 5,500,000 ₪;
- 3.3. **עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם** - כיסוי מלא 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.
- 3.4. **עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם** - כיסוי מלא 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 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,000,000 ₪.
- 3.5. למען הסר ספק מובהר, כי במקרה של הפסקת הביטוח מכל סיבה שהיא ימשך תשלום תגמולי הביטוח למבוטח שהחל לקבל תגמול לפי פרק זה, ללא כל תנאי, בכפוף לזכאות ותקרות סכום הביטוח לפי פרק זה.

4. התחייבות חברת הביטוח

יובהר כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח.

4.1 בקרות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח בגין ההוצאות המפורטות להלן - **שיפוי מלא**, בכפוף להוראות ולתקרות סכומי הביטוח המפורטים בסעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:

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

4.1.2 בנוסף, תשלום עבור משתלים מיוחדים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבטח.

4.1.3 הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 365 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד;

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

4.1.5 הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם גיל המבטח נמוך מ-21, והוצאות שיבתם לישראל;

4.1.6 הוצאות נסיעה יבשתיות של המבטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;

4.1.7 הוצאות הטסת גופת המבטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;

4.1.8 הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ;

4.1.9 הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל לרבות טיסות הלוך ושוב לחו"ל של המבטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים

4.2 להוצאות המפורטות להלן - **שיפוי** לפי תקרות הסכומים המופיעות לצדן, ובכפוף לסעיפים קטנים 3.1-3.4 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 300,000 ₪;

4.2.2 הוצאות טיפולים רפואיים במבטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה - עד 250,000 ₪;

4.2.3 הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪; על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא;

4.2.4 הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל - עד 1,500 ₪ ליום למבטח ולמלווה אחד או במקרה שבו גיל המבטח נמוך מ-21 עד 1,750 ₪ ליום למבטח ולשני מלווים;

4.2.5 הוצאות לטיפול המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל - עד 300,000 ₪;

4.2.6 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ₪;

4.3. להוצאות המפורטות להלן - **פיצוי** לפי סכומים המופיעים לצדן, ובכפוף להוראות סעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:

4.3.1. קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו - 4,500 ₪; לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 2,000 ₪ לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים; לענין זה "מועמד להשתלה" - מבוטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה;

4.3.2. גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית - 7,000 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים;

4.3.3. פיצוי חד פעמי במקרה של השתלת מח עצם עצמית בסך של 10,000 ₪ (חד פעמי).

המבטוח רשאי לבקש היוון של סכום הגמלה כאמור בסעיפים 4.3.1 ו-4.3.2 בריבית של 2%.

4.3.4. השתלה שבוצעה מחוץ לישראל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבטח - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪;

4.3.5. **בנוסף**, אפשרות לפיצוי חד פעמי בסכום של 350,000 ₪ לביצוע השתלה. הפיצוי ישולם למבטוח בטרם ביצוע ההשתלה בכפוף לאישור רופא מומחה בישראל בדבר הצורך בביצוע ההשתלה. הפיצוי ישולם בתנאי שמתקיימים כל התנאים המצטברים הבאים:

4.3.5.1. חברת הביטוח לא השתתפה במימון עלות ההשתלה.

4.3.5.2. ההשתלה אינה השתלת מוח עצם עצמית או תאי אב או קרנית.

4.3.5.3. המבטוח נרשם במרכז הארצי להשתלות, למעט במקרה והמבטוח אינו יכול להירשם במרכז הלאומי להשתלות ובכפוף למכתב מטעם רופא המבטוח המעיד על הצורך בהשתלה בטרם ביצוע ההשתלה.

4.4. **למען הסר ספק, לאחר תשלום תגמולי ביטוח, על פי סעיף 4.3.5 לעיל, לא יהיה המבטוח זכאי לכל החזר בגין אותו מקרה ביטוח על-פי פרק זה. מבטוח שבחר בהשתלה במסלול זה לא יהיה זכאי לביצוע ההשתלה במסלול שיפוי כמפורט לעיל, למעט תשלום גמלת החלמה כמפורט בסעיף 4.3.1-4.3.3.**

4.5. **בנוסף**, מובהר כי הכיסויים לעיל יכללו אף שיפוי בגין הוצאות שהוציא בישראל שהצורך בהן היה קשור להשתלה או לטיפול המיוחד.

4.6. **בנוסף**, מובהר כי חברת הביטוח תישא בעלויות המצוינות לעיל, אף אם בפועל לא בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, מכל סיבה שהיא.

4.7. **"הוצאות האשפוז"** כוללות - הוצאות לתשלום לצוות מנתחים (כולל מרדמים), הוצאות חדר ניתוח, הוצאות בגין טיפול רפואי במסגרת האשפוז, שכר צוות רפואי ופרא רפואי, הוצאות בית חולים, שתלים, אבזרים רפואיים, תרופות, שירותי מעבדה, כל הבדיקות בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה ובדיקות פתולוגיות לרבות טיפולים פיזיותרפיים, טיפולים שיקומיים וכל הוצאה שמוסד רפואי נוהג לחייב בגינה לרבות אם ניתנו לפני ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד.

5. כסוי להוצאות נלוות בעת טיפול ניסיוני בחו"ל:

נדרש המבטוח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי - (להלן: **"מבצע הניסוי"**), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, תשתתף

חברת הביטוח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:

5.1. עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 500,000 ₪.

5.2. 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 ₪ למבוטח ולשני מלווים.

5.3. 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 ₪.

5.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד 1,000 ₪ ליום לאדם ועד - 1,500 ₪ לשני מלווים.

6. חריגים

בנוסף לחריגים הכללים בגוף ההסכם, חברת הביטוח לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:

6.1. אלכוהוליזם (למעט במקרה של ילד), שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.

6.2. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי והכל במידה והמבוטח זכאי לכיסוי. אם זכאי המבוטח לכיסוי חלקי, חברת הביטוח תישא ביתרת העלות.

6.3. מקרה ביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני, או זיהום רדיואקטיבי.

6.4. השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה.

6.5. לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל:

6.5.1. טיפול מיוחד מסיבה של, עקרות, פוריות.

6.5.2. טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

6.6. טיפולים נפשיים.

6.7. טיפולי רפואה משלימה.

פרק 2: תרופות מחוץ לסל הבריאות

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפרק הכללי להסכם זה, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

- 1.1 "בדיקה גנטית" - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל שירותי הבריאות;
- 1.2 "טיפול תרופתי" - נטילת תרופה לפי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך;
- 1.3 "מרשם" - מסמך רפואי חתום ביד רופא מומחה או רופא בית חולים, לפי בחירת המבוטח, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ומורה על אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש;
- 1.4 "רופא מומחה" - 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, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה;
- 1.5 "רשות מוסמכת" - הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות למתן רישיון או היתר לשיווק תרופות חדשות לפי הדין החל במדינה בה משווק התרופה.
- 1.6 "המחיר המירבי המאושר לתרופה" - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.7 "תרופה" - חומר כימי או ביולוגי, שנועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה; בנוסף, תכשיר ביוטכנולוגי שנועד לאבחון או לטפל או לרפא או להקל או למנוע סימפטומים רפואיים (לרבות כאב). או תרופה כהגדרתה לעיל שנועדה להקל או למנוע סימפטומים רפואיים (לרבות כאב) או למנו מצב רפואי כלשהו או למנוע החמרת מחלה/ות שכבר הופיעו ו/או מחלות חוזרות.
- 1.8 "המדינות המוכרות" - הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בארה"ב ו/או בכל אחת מהמדינות שהיו חברות באיחוד האירופאי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופאי (EMA) ו/או בקנדה ו/או באוסטרליה ו/או בניו זילנד ו/או בשווייץ ו/או בנורבגיה ו/או באיסלנד ו/או באנגליה.
- 1.9 **תרופה Off Label** - כל תרופה שאושרה לשימוש על ידי אחת מהרשויות המוסמכות אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:
 - 1.9.1 פרסומי ה-FDA;
 - 1.9.2 American Hospital Formulary Service Drug Information;
 - 1.9.3 US Pharmacopoeia - Drug Information;
 - 1.9.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים האלה במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - (א) עוצמת המלצה - נמצאת בקבוצה 1 או 2a;
 - (ב) חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B;
 - (ג) יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או 2a
- 1.9.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines, ASCO, NICE, Esmo Minimal Recommendation, NCCN הבאים:

1.10. **תרופה לטיפול IND investigational New Drug** תרופה המצויה בתהליכי הגשה ואישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות הניתנות לחולה כשאין תרופה יעילה מאושרת למצבו ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני והרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה את הטיפול כטיפול IND.

1.11. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה;

1.12. **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, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.

1.13. **בנוסף**, תרופה שנמצאה כיעילה להתוויה של המבוטח על פי בדיקה גנומית או גנטית או באבחון מולקולרי.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר מהמצבים האלה:

2.1. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, לפי הוראות רופא מומחה מטעם המבוטח או רופא בית חולים מטעם המבוטח, 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 שהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח;

2.1.5. תרופה מיוחדת;

2.1.6. תרופה לטיפול IND investigational New Drug.

2.2. מצבו הרפואי של המבוטח מצריך לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי ותגמולי הביטוח

3.1. פרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי לכל תקופת הביטוח, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:

3.1.1. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪.

3.1.2. בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5-2.1.6 עד 1,500,000 ₪.

3.1.3. סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1-2.1.6, אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי - עד 250 ₪ ליום ועד 60 ימים.

3.1.4. בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-40,000 ₪ עבור כל מקרה ביטוח.

3.1.5. תקרות הסכומים המפורטות בסעיפים 3.1.1-3.1.4 לעיל יתחדשו אחת לכל תקופה של שנתיים, שתחילתה במועד תאריך תחילת הביטוח של הפוליסה לכלל המבוטחים.

3.1.6. סכום השיפוי המירבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע 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.

3.1.7. למען הסר ספק מובהר כי כיסוי בגין פרק זה לא יפסק לגבי מקרה ביטוח שלגביו חברת הביטוח משלמת בפועל תגמולי ביטוח גם אם ההסכם ייפסק מכל סיבה שהיא לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור, הפסקת ההסכם עם AIG ו/או פרישת העובד.

4. השתתפות עצמית

על המבוטח תחול השתתפות עצמית בסך 163 ₪ למרשם תרופתי, אך לא יותר מ-430 ₪ לחודש בגין סך כל המרשמים שיציג המבוטח בגין אותו חודש. אם עלות הטיפול התרופתי עולה על 5,000 ₪ לחודש לא יחול על המבוטח תשלום השתתפות עצמית כאמור או כאשר המבוטח נוטל תרופה למחלת הסרטן.

5. חריגים

בנוסף לחריגים הכלליים בגוף ההסכם, חברת הביטוח לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:

5.1. מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי והכל במידה וזכאי לכיסוי. אם זכאי המבוטח לכיסוי חלקי, חברת הביטוח תישא ביתרת העלות.

5.2. מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

5.3. תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה.

5.4. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging. ולמעט תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים שהצורך בהם נקבע ע"י רופא מומחה בתחום והם ניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי למחלת הסרטן, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, לופוס (זאבת) ומחלות מעיים.

5.5. קנבוס - כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש), התשל"ג-1973; יובהר כי החריג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, שמכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.

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

5.7. 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;

פרק 3: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בפרק הכללי להסכם זה, יחולו על פרק זה גם ההגדרות בפרק 3 כמו כן תחול ההגדרה הבאה:

"ניתוח מורכב" - ניתוח אשר כתוצאה ממנו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לאחר הניתוח. בנוסף, ניתוח אשר נקבע לגביו בהוראת רופא מומחה על-פי קריטריונים רפואיים מקובלים, שהניסיון הנצבר בח"ל גדול משמעותית מהניסיון הקיים בישראל, וכתוצאה מכך סיכויי ההצלחה גבוהים יותר צורך הצלת חייו של המבוטח ו/או מניעת נכות צמיתה ו/או אובדן שמיעה ו/או אובדן ראייה.

"ניתוח" - פעולה פולשנית-חיריתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, ראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;

בנוסף, טכניקה כירורגית הידועה כיום ו/או שתהיה ידועה בעתיד, לרבות טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו בסעיף זה, והכל כולל באמצעות: לייזר (לרבות לאבחון או טיפול), גלי קול, גלי רדיו ורדיוטרפיה, אשר מטרתה טיפול ו/או ריפוי ו/או מניעת מצב רפואי שעלול לסכן את המבוטח ו/או להחמיר את מצבו הבריאותי ו/או תיקון פגם או עיוות ו/או הצטברות ו/או סתימה ו/או היצרות). במסגרת זו יחשבו כניתוח גם פעולות פולשניות-חיריתיות לאיבחון או טיפול לרבות ומבלי לגרוע מהאמור לעיל: ביופסיות, ראיית אברים פנימית (Andoscopy למיניהן) ובכלל זה הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח או לפניו ובלבד שקיימת המלצה לניתוח וכן דרישה מהרופא המנתח לביצוע ההדמיה המגנטית לפני ביצוע הניתוח).

למען הסר ספק הבדיקה תכוסה על ידי חברת הביטוח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח). צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה, לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון: ניתוח בקע, כיס מרה, תוספתן וכדומה. צנתור, לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור הרחבה באמצעות בלון, לייזר, קידוח, קפיץ (STENT). כמו כן יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה באמצעות מערכת לתהודה גרעינית וניתוח אלקטיבי בלייזר. להסרת ספק "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, לרבות טיפולים המהווים חליפי ניתוח הבאים במקום ניתוח.

"תותבת/שתל" - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגוף המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

בנוסף, משתלים מיוחדים או משתלים רגילים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח, המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך, סטנט וכו') למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך ההשתלה (כמפורט בהגדרת השתלה) זאת, מבלי לגרוע מהאמור בהסכם זה;

"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 שאותו הוא מחליף;

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;

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;

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;

2. מקרה ביטוח -

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה מטעם המבוטח נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח, טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו, אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח.

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

3. כיסוי ביטוחי

בקורות מקרה הביטוח יכלול פרק זה כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

3.1. **לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא** להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4 שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף קטן 3.6.

3.2. **עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא** להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4 שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף קטן 3.6 **ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל;**

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 לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות;

3.3. **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 3.4.1 ו-3.4.2 **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 מחוץ לישראל, במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח

3.4. בקורות מקרה ביטוח יינתן **שיפוי מלא** עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיף 3.1-3.3 לעיל:

3.4.1. שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל;

3.4.2. 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, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;

3.4.3. עלות הטסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח;

- 3.4.4. הוצאות טיסה לניתוח מורכב - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; במקרה שהמבוטח קטין - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים;
- 3.4.5. הוצאות נסיעה יבשתיות בגין ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;
- 3.5. **בקורת** מקרה הביטוח יינתן **שיפוי עד לגובה הכיסוי** ותקרת הסכומים המפורטים לצדן עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל:
- 3.5.1. הוצאות שתי התייעצות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל - עד 1,200 ₪ לכל התייעצות;
- 3.5.2. הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 ₪.
- 3.5.3. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪; אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת על ידי החברה - כיסוי מלא;
- 3.5.4. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ₪;
- 3.5.5. הוצאות עלות שתל שהושטל במהלך ניתוח - עד 70,000 ₪;
- בנוסף, במקרה של סייפרים תאושר גם עלות נוספת לפי הצורך כפי שיידרש בעת הניתוח.
- 3.5.6. הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:
- 3.5.6.1. עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב - עד 650 ₪ ליום;
- 3.5.6.2. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום;
- 3.5.6.3. 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 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול;
- 3.5.6.4. הוצאות עבור מוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלבנטי החליט על הצורך בהחלמה - עד 400 ₪ לכל יום;
- 3.5.6.5. הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000 ₪;

3.6. **פיצוי חד פעמי - בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח -**

נפטר חו"ח המבוטח במהלך 14 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה ע"פ פרק זה וכתוצאה ישירה מהניתוח האמור, תשלם החברה למוטב אותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב, ליורשיו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצוי חד פעמי בגובה 200,000 ₪.

4. חריגים:

בנוסף לחריגים הכללים בגוף הפוליסה, חברת הביטוח לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח כולו א מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 4.1. מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי והכל במידה וזכאי לכיסוי. אם זכאי המבוטח לכיסוי חלקי, חברת הביטוח תשא ביתרת העלות.
- 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים; למעט ניתוחי פה ולסת שאינם קשורים בפרוטטיקה ואורטודנטיקה (מובהר כי טיפולים שיניים שהם המשך ישיר מניתוח שזכאותו הוכרה יכוסו גם אם מדובר בטיפול פרוטטיקה ואורטודנטיה).
- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, 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 בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
 - 4.3.3. למעט ניתוח שיש צורך רפואי בו, לפי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח (למשל, ניתוח הרמת עפעפיים במקרה בו קיימת הפרעה בשדה הראייה של המבוטח, ניתוח להקטנת החזה בו קיים צורך רפואי הנובע מבעיות אורטופדיות או זיהומיות).
- 4.4. השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל.

פרק 4א: כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מ"השקל הראשון" ללא השתתפות עצמית

1. הגדרות:

- 1.1 **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.
- 1.2 **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.
- 1.3 **ניתוח** - פעולה פולשנית - חדירנית 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.
- 1.4 **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 **בית חולים פרטי** - אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.6 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
- 1.7 **רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8 **שתל** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9 **תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 **הסדר ניתוח** - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלאו התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

2. **מקרה הביטוח:**

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

3. **הכיסוי הביטוחי:**

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

3.1. **שלוש התייעצויות** בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. 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 מהמבטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו-3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבטח 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:**

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

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

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

4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

- 4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 25.2 לחריגים הכלליים החלים על פוליסה זו.
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

בהמשך לאמור בתנאים הכלליים, 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, אך לא חייבת, להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיתה 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. תקופת אכשרה:

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. יובהר כי מבוטח שהתקבל בחלון ההצטרפות יהיה פטור מתקופת אכשרה

פרק 4ב: כיסוי ניתוחים משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ללא השתתפות עצמית

(לבעלי שב"ן - כללית מושלם/פלטינום, מגן זהב, מאוחדת עדיף/שיא, לאומית זהב).

פרק זה יחול במקום פרק 4א, אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים 4.1 לפוליסה בתמורה לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 4.1 לפוליסה זו.

1. הגדרות:

1.1. **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.

1.2. **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.

1.3. ניתוח -

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

1.4. **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. בית חולים פרטי -

אחד מאלה:

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

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

1.6. **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.

1.7. רופא מומחה -

רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.8. שתל -

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

1.9. תקופת אכשרה

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

בקורות מקרה ביטוח ובכפוף להוראות סעיף 4 להלן, יהיה זכאי המבוטח כדלקמן:

3.1 **שלוש התייעצויות** בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ 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.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו-3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולמו למבוטח החדר 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. 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.

בקורות מקרה ביטוח החברה המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

4.1 **החברה תשפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל, רק במקרים הבאים:**

4.1.1 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;

4.1.2. 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;

4.1.3. 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.

4.2. במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום 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 4.2 לעיל, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

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

5. זכאות לברות ביטוח:

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת החברות בשב"ן") ו/או קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי סעיף 4.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת 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 ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים "מהשקל הראשון" תהא למפרע על פי מועד הפסקת החברות בשב"ן.

6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

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

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

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

6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

- 6.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 6.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 25.2 לחריגים הכלליים החלים על פוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

7. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

בהמשך לאמור בתנאים הכלליים, 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, אך לא חייבת, להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיתה 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. תקופת אכשרה:

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. יובהר כי מבוטח שהתקבל בחלון ההצטרפות יהיה פטור מתקופת אכשרה

פרק 5: שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים

1. מקרה ביטוח:

שירותים המפורטים להלן, שקיבל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח:

חברת הביטוח תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן עד לתקרת הסכום הקבוע להלן בכל כיסוי:

2.1. **התייעצות עם רופא מומחה** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוצאו בפועל ועד תקרה של 1,000 ₪ לכל התייעצות ועד 4 התייעצויות לכל שנת ביטוח עבור התייעצות עם רופא מומחה (לא כולל רופא משפחה ולא כולל התייעצות עם רופא ילדים, למעט רופא ילדים בדרג של סגן מנהל מחלקה ומעלה), עבור אבחון, טיפול או מניעה של בעיה רפואית אפשרית.

סעיף זה כולל התייעצות עם רוקח קליני, עבור ייעוץ תרופתי אישי ומבוצע ע"י רוקח, ותיחשב כהתייעצות במסגרת סעיף זה.

יובהר כי התייעצות עם רופא נשים לצורך מעקב הריון לא תכוסה על-פי סעיף זה.
יובהר כי חברת הביטוח לא תדרוש המצאת אישור רפואי, למעט במקרה של התייעצות עם רופא נשים.

2.2. **חוות דעת שנייה בחו"ל** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 90% מהוצאות שהוצאו בפועל ועד תקרה של 12,000 ₪ לשנת ביטוח עבור חוות דעת שנייה בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת ראשונה (**חוות דעת רפואית ראשונה** - דו"ח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המבוטח וכן כל מידע רפואי רלוונטי אחר לרבות; צילומי רנטגן, U.S., C.T, M.R.I., בדיקות הדמייה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה).

2.3. **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - בדיקות אבחנתיות כהגדרתן לעיל:

2.3.1. חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוצאו בפועל ועד תקרה של 13,000 ₪ לכל שנת ביטוח עבור בדיקת תהודה מגנטית M.R.I, PET, CARDIO, CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, CT, תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי, או כל בדיקה אחרת הנדרשת על-פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח לצורך מניעה או לקביעת דרכי הטיפול בו (למעט הבדיקות בסעיף 2.3.2 להלן).

2.3.2. חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוצאו בפועל ועד תקרה של 8,000 ₪ לכל שנת ביטוח עבור בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמייה - אולטרסאונד (U.S.), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T).

2.4. **טיפולים פיזיותרפיים/הידרותרפיים** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מההוצאות שהוצאו בפועל ולא יותר מ-199 לטיפול ועד 16 טיפולים לכל שנת ביטוח עבור טיפולי פיזיותרפיה/הידרותרפיה לפי הוראת רופא.

2.5. **בדיקות סקר למחלות סרטן ו/או בדיקות גנטיות מניעתיות** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מההוצאות שהוצאו בפועל ועד תקרה של 6,640 ₪ לשנת ביטוח עבור בדיקות לאבחון גנטי ו/או אחר לגילוי נשאות של גנים סרטיניים או גילוי מוקדם של מחלות הסרטן. הכיסוי יינתן למבוטח בתנאי שבן משפחה מדרגה ראשונה חלה במהלך תקופת הביטוח בסרטן ו/או אם קיימת המלצה רפואית לביצוע הבדיקה בשל חשד לנשאות גנטית.

- 2.6. **טיפולים ויעוצים אונקולוגיים** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוציא בפועל ועד תקרה של 44,270 ₪ לשנת ביטוח עבור יעוצים או טיפולים שניתנו למבוטח ברדיותרפיה, בכימותרפיה, בהקרנות, בשמירת זרע, בשמירת ביציות, בהפירתרמיה, בגלי חום, בגלים אלקטרומגנטיים ובתנאי שהטיפול אינו נסיוני.
- 2.7. **בדיקות לאיפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן** - חברת הביטוח תממן עלויות של הבדיקות עד לתקרה של 20,000 ₪ לשנת ביטוח, גם אם הבדיקה נערכת שלא במהלך אשפוז.
- 2.8. **טיפול בהתפתחות הילד** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 60% מהוצאות שהוציא בפועל ועד תקרה של 133 ₪ לפגישה ועד 16 פגישות לכל שנת ביטוח לריפוי בעיסוק, קלינאית תקשורת, לפסיכולוג התפתחותי או איבחון וטיפול בבעיות ליקוי למידה ו/או באמצעות שיטת טיפול אחרת. הכיסוי מותנה בהמצאת המלצה מרופא מומחה אשר הבעיה היא בתחום התמחותו על הצורך בטיפול על פי סעיף זה. "ילד" - מבוטח שגילו 3 ועד גיל 18 שנה.
- 2.9. **הוצאות טיפולי פוריות** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מההוצאות שהוצאו בפועל ועד תקרה של 15,494 ₪ לשנת ביטוח עבור טיפולי פוריות, הפריה חוץ גופית, הזרעה כולל תרומת ביצית, השבחת זרע וכל הוצאה הנלווה הכרוכות בתהליך זה וכן טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת או בן/בת זוגו של המבוטח המבוטחים בפוליסה להריון ו/או הגדלת הסיכויים כי המבוטחת או בן/בת זוגו של המבוטח המבוטחים בפוליסה תיכנס להריון. כיסוי זה יינתן ללא כל קשר לכיסוי הניתן על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ככל שטיפול הפוריות בוצעו בחו"ל התקרה תגדל לסכום של 21,000 ₪ לשנת ביטוח. הכיסוי לפי סעיף זה יינתן למבוטחים המבוטחים ברובד זה בפוליסה בלבד.
- 2.10. **בדיקות הריון** - חברת הביטוח תחזיר למבוטחת 80% מההוצאות שהוצאו בפועל לכל בדיקות ההריון ועד תקרה של 4,980 ₪ לכל להריון. נושאת המבוטחת בבטנה הריון מרובה עוברים תקרת ההשתתפות תגדל ל-7,500 ₪.
- 2.11. **משדר קרדיאלי/קרדיולוגי** - חברת הביטוח תשתתף בהוצאות שוטפות למשדר קרדיאלי/קרדיולוגי לרבות עלות שכירת/רכישת המשדר האמור במידת הצורך. זאת בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדרתיות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על-פי אישור רופא מומחה למשדר כזה. הכיסוי יינתן עד 166 ₪ לחודש ובסה"כ עד 24 חודשים בתקופת ביטוח.
- 2.12. **רפואה מונעת מגיל 50 ואילך** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוציא בפועל ועד תקרה של 387 ₪ לטיפול ועד 3 טיפולים לתקופת ביטוח עבור ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות עצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני.
- 2.13. **אבזורים רפואיים** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 70% מהוצאות שהוציא בפועל ועד תקרה של 3,320 ₪ לכל תקופת הביטוח עבור אבזור רפואי בתנאי שברשותו הוראה בכתב מרופא מומחה כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב שימוש באבזור הרפואי.
- 2.13.1. **אבזור רפואי** - מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar, Agrelief), מכשיר CPAP, מכשיר למדידת קרישיות יתר, גבס קל, חזיה לאחר ניתוח שד לחולות סרטן, מכשיר BPAP, מכשיר הנשמה, משאבת אינסולין, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורט וקונוס, שתל קוקולארי ו/או נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מייוחדת של נעליים לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות ולחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, ופאה לחולה אונקולוגי, שתלי אוזן (משתל קוקילארי), עדשות לקרטוקונוקס.

2.14. **הוצאות החלמה** - בוצע במבוטח ניתוח מעקף לב או ניתוח מוח או השתלה או כל ניתוח המחייב החלמה או כל ניתוח בגינו היה המבוטח מאושפז 5 ימים לפחות ו/או אירוע רפואי אחר המחייב על פי הוראת רופא מומחה החלמה, תשפה חברת הביטוח את המבוטח בגין הוצאות החלמה במוסד החלמה מוכר. יובהר כי הכיסוי ינתן עבור הוצאות החלמה שהוצאו בתוך 90 יום מיום הניתוח. חבות חברת הביטוח מוגבלת בתשלום של עד 14 ימי החלמה ועד 885 ש"ל.

2.15. **עקירה כירורגית, ניתוחי חניכיים וטיפולים המבוצעים ע"י רופא שיניים:**

2.15.1. **עקירה כירורגית:** חברת הביטוח תחזיר למבוטח עבור תשלומים שהמבוטח שילם לרופא שיניים עבור ביצוע עקירה כירורגית של שן, עד 830 ש"ל לתקופת ביטוח.

עקירה כירורגית פירושה, עקירת שן כתוצאה מתהליך עשתי אשר גרם להרס מוחלט של כותרת השן או שן בעלת שורשים עקומים ומפותלים אשר מחייב חיתוך בחניכיים עד לחשיפת השורשים על-מנת לאפשר נקודת אחיזה לכלי העזר החולץ ו/או הוצאת שן, אשר אין אפשרות להוציאה אלא בפרוצדורה כירורגית ואשר לצורך הוצאתה יש לחתוך ברקמה הרכה, להפשיל מתלה של רקמה רכה ו/או לסלק באופן חלקי או מלא עצם לרבות תפירת האזור בתום הטיפול.

2.15.2. **ניתוחי חניכיים:** חברת הביטוח תחזיר למבוטח עבור תשלומים שהמבוטח שילם לפריודנט-עבור הטיפולים להלן ולא יותר מהסכום הנקוב להלן לכל טיפול.

2.15.2.1. לעניין ניתוח חניכיים תחול תקופת אכשרה בת 12 חודשים ממועד הצטרפות המבוטח לביטוח:

2.15.2.2. "ניתוח חניכיים" - הקצעת שורשים (root planing) או כריתת חניכיים או מטלית לגרידת חניכיים או ניתוחי עצם והשתלת חניכיים בתנאי שקיימת תחלואה פריודנטלית ברקמות הרכות ורקמות התמיכה של השן מחייבת התערבות כירורגית.

2.15.2.3. בדיקה פריודנטלית עד לסך 309 ש"ל.

2.15.2.4. הקצעת שורשים (root planing) עד לסך 250.8 ש"ל לכל סקסטנט (1/4 פה).

2.15.2.5. כריתת חניכיים עד לסך 2,090.7 ש"ל לכל סקסטנט (1/4 פה).

2.15.3. ניתוח מטלית (כולל ניתוחי עצם והשתלת עצם) עד לסך 2,508.7 ש"ל לכל סקסטנט (1/4 פה). תחול השתתפות עצמית בשיעור של 20% מההוצאה ובלבד שהכיסוי הכולל לא יעלה על 20,250 ש"ל לתקופת הביטוח.

2.16. **גמלה בגין אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח** - המבטח ישלם למבוטח פיצוי חודשי בסכום של 4,427 ש"ל לחודש לאחר תקופת המתנה של חודשיים ולתקופה מירבית של 24 חודשים במקרה של אובדן כושר עבודה מלא, הנגרם כתוצאה ישירה ובלעדית מהניתוח, בכפוף לכך שהמבוטח היה כשיר לעבודה לפני הניתוח וגילו במועד הניתוח אינו עולה על 67 וגילו מעל 21.

2.17. **פיצוי בגין מוות כתוצאה מניתוח** - נפטר המבוטח חו"ח, שגילו מעל 21 ומתחת ל-67, במהלך ניתוח או כתוצאה מניתוח המכוסה על פי פרק 4א או 4ב (במיון ישיר ו/או במיון חלקי של חברת הביטוח) בתוך 7 ימים מיום ביצוע הניתוח, ישלם המבטח לעיזבונו/יורשיו פיצוי חד פעמי בסכום של 121,741 ש"ל.

2.18. **שירותים נוספים** - חברת הביטוח תשתתף בעלות עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן, לפני ו/או במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח כמפורט להלן:

2.18.1. **שכר אחות פרטית לצורך שמירה על המבוטח** - לאחר ניתוח לבית חולים בסכום של עד 830 ₪ לכל יום אשפוז לתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

2.18.2. **שירות הסעה באמבולנס** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח, ללא מגבלה. החזר זה לא יעלה על פעם וחצי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

2.19. **קנאביס רפואי** למחלת סרטן, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, לופוס (זאבת) ומחלות מעיים - המבוטח יהא זכאי לכיסוי עבור קנאביס רפואי על פי הנחיית רופא מורשה למתן טיפול זה במקרה בו חלה המבוטח במחלת סרטן, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, במחלת לופוס (זאבת) או במחלות מעיים במהלך תקופת הביטוח. סכום השיפוי המירבי לכיסוי זה הינו עד 1,000 ₪ בחודש ועד תקרה של 20,000 ₪ לכל 24 חודשים לכל מקרי הביטוח.

2.20. **שיפוי שב"ן** - בחר המבוטח לקבל את השירות הרפואי או השיפוי בגינו מקופת חולים ו/או מתוכנית שב"ן, תחזיר חברת הביטוח למבוטח את גובה ההשתתפות העצמית ששולמה על-ידו לקופת החולים ו/או לשב"ן (לפי העניין). במקרה זה יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים הנקובים בסעיפים לעיל.

3. תקופת האכשרה

3.1. לענין סעיפים 2.9 ו-2.10 תקופת האכשרה היא 120 יום.

3.2. לענין סעיף 2.15.2 תקופת אכשרה של 365 יום.

3.3. ליתר הסעיפים אין תקופת אכשרה.

4. חריגים:

בנוסף לחריגים הכללים בגוף ההסכם, חברת הביטוח לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.1. טיפולים/בדיקות אשר אינם מוגדרים כמקרה ביטוח על-פי פרק זה.

4.2. שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירות התחייב לתת כטיפולים עתידיים.

פרק 6: שירותים רפואיים אמבולטוריים וכיסויים נוספים - הרחבה

1. מקרה ביטוח:

שירותים המפורטים להלן, שקיבל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח:

חברת הביטוח תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן עד לתקרת הסכום הקבוע להלן בכל כיסוי:

2.1. **אבחון בעיות בהתפתחול הילד / ליקוי למידה** - עבור אבחון על ידי רופא מומחה בתחום או פסיכולוג קליני או פסיכולוג התפתחותי או פסיכולוג חינוכי או מכון אבחון או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי, אבחון בעיות קשב וריכוז ובדיקות BRC, TOVA, MOXO. המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששילם בפועל ועד לתקרה של 1,500 ₪.

2.2. **ריפוי בעיסוק** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוצאו בפועל ועד תקרה של 2,300 ₪ לכל הטיפולים בשנת ביטוח ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח עבור ריפוי בעיסוק לפי הוראת רופא.

2.3. **פענוח בדיקות הדמיה בישראל** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוציא לחוות דעת שניה אצל רדיולוג ועד לתקרה של 1,500 ₪ לכל מקרה ביטוח.

2.4. **טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 75% מהוצאות שהוציא ועד תקרה של 11,000 ₪ לשנת ביטוח עבור טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת.

2.5. **טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 75% מהוצאות שהוציא בפועל ועד תקרה של 3,000 ₪ לשנת ביטוח עבור טיפולים הנדרשים לטיפול בבעיות שינה, דום נשימה והפרעות בשינה על-פי הפניית רופא.

2.6. **טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידות המפרקים וברקמות הרכות** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוציא בפועל ועד תקרה של 3,000 ₪ לשנת ביטוח עבור עלות טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידות במפרקים או ברקמות הרכות.

2.7. **זריקות לטיפול או מניעת בעיה רפואית** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוציא בפועל ועד תקרה של 3,000 ₪ לשנת ביטוח עבור זריקות לטיפול בבעיה רפואית כגון: לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים (במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות), לטיפול בהזעת יתר או מיגרנה, להזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית, לסיכון למפרקים, ו/או לעמוד השדרה, חומצה היאלורונית, אפידורל, וולטרן, קורטיזון, בוטוקס רפואי. חברת הביטוח תכסה גם את עלות השירות או הטיפול הרפואי הכרוך במתן הזריקה. **יובהר כי הכיסוי על פי סעיף זה יינתן במקרה של צורך רפואי מתועד בלבד.**

2.8. **טיפול בחדר מלח** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוציא בפועל ועד תקרה של 120 ₪ לטיפול ועד 11 טיפולים לכל שנת ביטוח עבור טיפול בחדר מלח במקרה של אסתמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, בכפוף להפניית רופא מומחה.

2.9. **טיפול בתא לחץ** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוציא בפועל ועד תקרה של 10,500 ₪ לתקופת הביטוח עבור טיפול בתא לחץ שאינו טיפול ניסיוני, בכפוף להפניה של רופא מומחה מטעם המבוטח.

2.10. **מרפאות כאב בבית חולים פרטי** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוציא בפועל ועד תקרה של 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לכל שנת ביטוח עבור

טיפול במרפאה בבית חולים פרטי המטפלת בכאב חריף וכאב כרוני, כגון - כאבי גב, כאבי צוואר, כאבים הקשורים למחלת הסרטן ועוד, בין היתר באמצעות טיפול בחשמל, זריקות ו/או הזרקות וטיפול בעזרת גלי רדיו בכפוף להפניה של רופא מטעם המבוטח על טיפול במרפאת כאב.

2.11. **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי** - חברת הביטוח תחזיר למבוטח 80% מהוצאות שהוציא בפועל ועד תקרה של 200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לכל מקרה ביטוח עבור טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A).

3. **שיפוי שב"ן** - בחר המבוטח לקבל את השירות הרפואי או השיפוי בגינו מקופת חולים ו/או מתוכנית שב"ן, תחזיר חברת הביטוח למבוטח את גובה ההשתתפות העצמית ששולמה על-ידו לקופת החולים ו/או לשב"ן (לפי העניין). במקרה זה יהא השיפוי שניתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים הנקובים בסעיפים לעיל.

4. **תקופת האכשרה**

4.1. לסעיפים בפרק זה אין תקופת אכשרה.

5. **חריגים:**

בנוסף לחריגים הכללים בגוף ההסכם, חברת הביטוח לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח כולו או מקצתו בכל אחד מהמקרים הבאים:

5.1. טיפולים/בדיקות אשר אינם מוגדרים כמקרה ביטוח על-פי פרק זה.

5.2. שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירות התחייב לתת כטיפולים עתידיים.

פרק 7: 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 עמו 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 ייוסחו פניות המנויים לנוותני 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 בפוליסה.
"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 3 להלן, בהתאם לתיאור המפורט בצדמ שיינתנו למנוי על פי הוראות כתב שירות זה.
"השתתפות עצמית"	סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו לשם קבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות.
"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"	כהגדרתה בפוליסה.
"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 והמידית לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ואו לחץ נפשי ואו 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 פינותיו - 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 (שניים 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 המדויק, יתואמו במלואם ע"י המנוי, מול נותן השירות שבהסכם אצלו נערך הייעוץ הראשון.

5.4.2. המנוי יחזיר 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 ש"ח עבור כל טיפול ו/או התייעצות המבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם **בבית המנוי** בגין השירותים המפורטים בסעיפים 3.1.1 עד 3.1.6 לעיל.

5.4.4.2. סך של 55 ש"ח 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 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 חשבונו, 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 חשבונו 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 הימנו הפרשי הצמדה כאמור בסעיף 13 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

פרק 8: שירות לאבחון רפואי מהיר

1. הגדרות

אם צוין בדף פרטי הביטוח כי פרק זה הינו בתוקף, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בתכנית שירות זו בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן. בפרק זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם.

- 1.1 **"ספק השירות"** - אנשי הצוות הרפואי, המעבדות, המכונים, האמצעים הטכנולוגיים ועובדי הגוף עימם התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.
- 1.2 **"המבטח או חברת הביטוח"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.3 **"מנוי"** - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא פרק זה זה, אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בפרק זה.
- 1.4 **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
- 1.5 **"רופא"** - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג-1973.
- 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 או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.
- 1.7 **"רופא ממיין"** - רופא מומחה עמו התקשר ספק השירות בקשר למתן השירותים המפורטים בפרק זה.
- 1.8 **"מוקד השירות"** - שירות טלפוני הפעיל בכל ימות השנה (למעט בשבת, ערבי שבת וחג), עד השעה 19:00, שיפעיל הספק עבור המנויים לשם קבלת השירותים על פי פרק זה.
מספר הטלפון של מוקד השירות של ספק השירות עבור מנוי הראל הוא:
159-9-50-30-60
- 1.9 **"בדיקות רפואיות אבחנתיות"** - בדיקות המבוצעות אצל ספק השירות למנוי במסגרת תהליך אבחון המבוצע מכוח פרק זה, כגון בדיקות פיסיולוגיות, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה למעט הבדיקות המוחרגות בסעיף 3 להלן.
- 1.10 **"תהליך אבחון (Diagnosis)"** - תהליך רפואי שעובר מנוי כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה, על פי סימנים ותסמינים, באמצעות רופא מומחה ובדיקות רפואיות אבחנתיות.
- 1.11 **"אשפוז"** - שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, לפחות 24 שעות ברציפות, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז, למעט מחלקות שיקום.
- 1.12 **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי ממועד כניסתו לתוקף של פרק זה לגבי המנוי, ומסתיימת בתום 60 יום ממועד כניסת פרק זה לתוקף לגבי המנוי שבמהלכה לא יהיה זכאי המנוי לקבלת השירותים מכוח פרק זה (למעט שירותים הנדרשים בעקבות תאונה). תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופה שבה הוא מנוי ברצף, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לפרק זה מחדש, בתקופות שירות בלתי רצופות. **הספק לא יספק שירות כמפורט בפרק זה לפני תום תקופת האכשרה.**
- 1.13 **"השתתפות עצמית"** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו על מנת לקבל שירותים ע"פ פרק זה, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק לפי קביעת הספק ובשום מקרה ואופן לא באמצעות החברה.

- 1.14. "מדד הבסיס" - כמפורט בפוליסה.
- 1.15. "חג" - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.
- 1.16. המדד - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.17. ילד - ילד עד גיל 25 אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח.

2. שירות אבחון

2.1. השירות

2.1.1. המנוי יהא זכאי לתהליך אבחון כמפורט להלן:

2.1.1.1. נזקק מנוי לשירות על פי פרק זה, יפנה למוקד השירות ויזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות שלו ופרטים אישיים נוספים כפי שיידרש. נציג השירות יקבע למנוי תור לתחילת תהליך אבחון בסיסי כמפורט בסעיף 2.1.6. להלן כך שתהליך האבחון האמור יתקיים תוך 3 ימי עבודה ממועד פנייתו של המנוי. לקבלת השירות על פי ס"ק זה על המנוי לשלם השתתפות עצמית בסך של 180 ₪.

2.1.1.2. שיחה טלפונית עם רופא: בנוסף לאמור לעיל, מנוי המעוניין בשיחה טלפונית עם הרופא הממין, יעביר לספק השירות את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים ככל שיש כאלה. לאחר קבלת המסמכים הרפואיים, הרופא הממין ישוחח עם המנוי טלפונית תוך יום עבודה אחד ממועד קבלת המסמכים. יובהר כי במקרה זה, על המנוי לשלם בגין השיחה השתתפות עצמית בסך 100 ₪. יובהר כי, במקרה ששילם המנוי השתתפות עצמית כאמור לעיל, ויבצע תהליך אבחון בסיסי כמפורט בסעיף 2.1.6. להלן, סך ההשתתפות העצמית בגין קבלת השירות על פי סעיף זה וסעיף 2.1.1.6 תהיה 180 ₪.

2.1.1.3. השירותים נשוא פרק זה יינתנו אצל ספק השירות בלבד במתקנים אשר ייעודו לכך על ידי ספק השירות.

2.1.1.4. מנוי אשר זומן על ידי ספק השירות לביצוע תהליך אבחון יתייצב במקום ובשעה המיועדים, כפי שנמסרו לו במהלך הזימון ויביא עמו את המסמכים הרפואיים הרלוונטיים.

2.1.1.5. מנוי אשר זומן לתהליך אבחון יהא זכאי לביצוע כל הבדיקות הנדרשות המבוצעות אצל ספק השירות, כפי שייקבעו על פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הממין מטעם ספק השירות, לשם אבחון הבעיה הרפואית בגינה פנה לקבלת השירות.

יובהר, שאם במהלך תהליך האבחון תימצא בעיה רפואית ו/או מחלה ו/או הפרעה נוספת על זו שבגינה פנה המנוי לקבלת השירות, יבצע ספק השירות תהליך אבחון לבעיה ו/או המחלה ו/או ההפרעה הנוספת וכל תהליכי האבחון אשר יבוצעו במסגרת אותה פניה יחשבו כתהליך אבחון אחד לכל דבר ועניין.

2.1.1.6. תהליך אבחון בסיסי - במסגרת תהליך האבחון יהא המנוי זכאי לפגישה ראשונית עם רופא ממין אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון. בדיקות אלו ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות בסמוך למועד הפגישה הראשונית כאמור לעיל. בסיום הבדיקות ימסור הרופא הממין דו"ח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון. כאמור בסעיף 2.1.1.1 לעיל, על המנוי לשלם בגין

תהליך האבחון המתואר בסעיף זה לעיל השתתפות עצמית בסך 180 ₪.

2.1.1.7 תהליך אבחון מקיף - במידת הצורך על פי המצב הרפואי של

המנוי ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הממין, ובטרם הסתיים תהליך האבחון, יופנה המנוי לבדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות לאלו המפורטות בסעיף 2.1.1.6 לעיל. בדיקות הדמיה: CT, MRI, ממוגרפיה, מיפויים, CT PET, ביופסיות בשד. בדיקות אלו ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות **תוך 3 ימי עבודה**. בדיקות פולשניות אחרות יתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות תוך 7 ימי עבודה. במקרה זה יתייעץ הרופא הממין עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי בנוגע למצב הרפואי של המנוי ובסיום הבדיקות וההתייעצות ימסור הרופא הממין דו"ח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון. **על המנוי לשלם בגין תהליך האבחון המתואר בסעיף זה לעיל השתתפות עצמית בסך 500 ₪ במצטבר.** (יובהר כי במקרה זה לא תיגבה השתתפות עצמית נוספת וסך זה הנו כולל גם את השירות כאמור בסעיף 2.1.1.6 לעיל).

2.1.1.8 אבחון על ידי רופא מומחה בתחום גניקולוגיה - בנוסף לאמור

בסעיפים 2.1.1.6-2.1.1.7 לעיל, במקרה של צורך באבחון מצבי תחלואה בתחום הגניקולוגיה, הרופא הממין יהיה רופא מומחה בתחום הגניקולוגיה. ההשתתפות העצמית במקרה זה תהיה כמפורט להלן:

לתהליך אבחון על ידי רופא מומחה בתחום על פי סעיף 2.1.1.6 לעיל: סך של 300 ₪.

לתהליך אבחון על ידי רופא מומחה בתחום על פי סעיף 2.1.1.7 לעיל: סך של 700 ₪ במצטבר. (יובהר כי במקרה זה לא תיגבה השתתפות עצמית נוספת וסך זה הנו כולל גם את השירות כאמור בסעיף 2.1.1.6 לעיל).

2.1.1.9 בדיקות עבור ילד מני עד גיל 14 -

למרות האמור בסעיפים 2.1.1.6-2.1.1.8 לעיל, במקרה של צורך באבחון ילד מני עד גיל 14, יבוצעו כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות לשם אבחון מצבו הרפואי של המנוי תוך פרק הזמן הנקוב בסעיפים האמורים לעיל, ובהתאם להפניית רופא מומחה שיציג המנוי. **יובהר כי במסגרת פרק זה, לא יתקיים תהליך אבחון על ידי רופא ממין או רופא מומחה מטעם ספק השירות ולא יינתן דו"ח אבחון לילד מני עד גיל 14, אלא אפשרות לביצוע בלבד של הבדיקות האבחנתיות הדרושות על פי הפניית רופא מומחה שיציג המנוי. על המנוי לשלם בגין השירות על פי סך זה השתתפות עצמית בסך 150 ₪.**

2.1.1.10 בתום תהליך האבחון יספק ספק השירות למנוי העתקים של תוצאות הבדיקות הרפואיות האבחנתיות, והרשומות הרפואיות שנערכו במסגרת תהליך האבחון. במידת האפשר, תוצאות בדיקות הדמיה יסופקו למנוי על גבי מדיה ממוחשבת.

2.1.1.11 ספק השירות יפעל, בכפוף לאילוצים ושיקולים רפואיים, לרכז

את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות במסגרת תהליך האבחון במספר ימים מצומצם כמפורט בסעיפים לעיל. ספק השירות יפעל לביצוע בדיקות שאינן מחייבות הכנה מוקדמת

(צום, נטילת תרופות וכיו"ב) במסגרת יום אחד, בכפוף לאילוצים רפואיים. בדיקות המחייבות הכנה מוקדמת יבוצעו במועד שייקבע בין ספק השירות למנוי ובכל מקרה תוך הזמן המפורט בסעיפים 2.1.1.6-2.1.1.7 לעיל.

2.1.1.12. אשפוז בחדר פרטי אצל ספק השירות במהלך בדיקות אבחון

או לאחר ניתוח - במקרה של ביצוע בדיקה במסגרת תהליך האבחון או ניתוח אצל ספק השירות, אשר בעקבותיהם נזקק המנוי לאשפוז, יהיה זכאי המנוי למימון הוצאות האשפוז בחדר פרטי בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מההוצאה בפועל ולא יותר מסך השתתפות עצמית של 200 ₪ ליום.

2.1.1.13. ספק השירות יפעל להשלים את תהליך האבחון וגיבוש המסקנות

תוך מספר הימים הקטן ביותר, בכפוף לאילוצים רפואיים. בכל מקרה לא תעלה התקופה על 3 ימי עבודה ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת.

2.2. ספק השירות מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא פרק זה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף 2.1 לעיל.

3. חריגים

- 3.1. השירות לא יכלול שירות רפואי שאינו בדיקות רפואיות אבחנתיות בלבד.
- 3.2. השירות לא יכלול טיפול רפואי או טיפול תרופתי מכל סוג שהוא.
- 3.3. השירות לא יכלול אבחון פסיכיאטרי ו/או הפרעות נפש ו/או מחלות נפש.
- 3.4. השירות לא יכלול בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז.
- 3.5. השירות לא יכלול אבחון מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים, פה ולסת.
- 3.6. יובהר כי לא יתבצע תהליך אבחון ולא יינתנו שירותים על פי פרק זה ללא תאום מראש עם מוקד השירות. כן יובהר כי השירותים בגין פרק זה, אינם באים במקום פנייה לחדר מיון בהתאם לצורך הרפואי.
- 3.7. השירות לא יכלול בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להיריון ו/או לידה, פריין ו/או עקרות.
- 3.8. במסגרת פרק זה, לא יתקיים תהליך אבחון על ידי רופא ממיין או רופא מומחה מטעם ספק השירות ולא יינתן דו"ח אבחון לילד מנוי עד גיל 14.

4. כללי

- 4.1. הזכות לקבלת השירות על-פי פרק זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר. קבלת השירות מותנית בהצגת תעודה מזהה לשביעות רצון ספק השירות.
- 4.2. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא פרק זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות.
- 4.3. בכל ענין הקשור בקבלת השירותים על-פי שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות.
- 4.4. המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו, במספר הטלפון של ביתו.
- 4.5. בשבת, בערבי שבת וחג וכל יום לאחר השעה 19:00 לא תתקיים פעילות שירות אבחון.
- 4.6. במקרה שפעילות ספק השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע כתוצאה מפעולות מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, פעולות טרור, איתי הטבע, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת ספק השירות, יהיו תנאי כתב השירות

או כל חלק מהם שספק השירות לא יהא מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני ספק השירות יפגע, יושהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך אותה תקופה.

4.7. יובהר כי המבטח לא יהא אחראי על הוצאות שהוציא המנוי, החורגות מהשירות המפורט בפרק.

5. השתתפות עצמית והפרמיה

5.1. המנוי ישלם השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 2 לעיל, עבור כל תהליך אבחון.

התשלום יכלול למנוי את הזכאות למפורט להלן:

5.1.1. מפגש ראשוני עם רופא ממיין.

5.1.2. כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות לשם אבחון מצבו הרפואי של המנוי, על פי סוג האבחון המפורט לעיל (בסיסי ומקיף) כפי שיקבעו על ידי רופא ממיין במהלך המפגש הראשוני, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי.

5.1.3. דו"ח אבחון ושיחת סיכום עם רופא ממיין.

5.2. הסכומים האמורים - הפרמיה (לרבות סכומי ההשתתפות העצמית) כוללים מע"מ בשיעור של 17%. היה ויחול שינוי בשיעור המע"מ, ישתנו סכומים אלה בהתאם.

5.3. במקרה שהמבוטח מבוטח בנספח לשירותים רפואיים אמבולטוריים בחברה הכולל כיסוי לקבלת חוות דעת רפואית, יהיה רשאי המבוטח לקבל החזר בגין ההשתתפות העצמית על פי פרק זה, על פי התנאים הנקובים בנספח האמור.

5.4. במקרה שהמנוי קיבל התחייבות מקופת החולים בה הוא חבר, למימון בדיקות הדרושות לתהליך האבחון כמפורט בסעיף 2.1.1.7 לעיל, תופחת ההשתתפות העצמית בהתאם, אך בכל מקרה ישלם המנוי השתתפות עצמית שלא תפחת מ-180 ₪.

5.5. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא ספק השירות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.

6. תקופת תוקפו של תכנית השירות

6.1. לעניין תוקפו של פרק זה 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 לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור המפקח על ביטוח. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 90 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.

6.2. ההשתתפות העצמית בגין פרק זה יהיו צמודים למדד הבסיס ויעודכנו אחת לחודש. בנוסף, אם יידרש בהתאם לתוצאות העסקיות, יעודכנו התנאים והסכומים האמורים אחת ל-12 חודשים בלבד, ולא לפני ה-2012.6.16

6.3. מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של פרק זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על-פי פרק זה. במקרה שהמנוי התחיל בתהליך אבחון נשוא כתב השירות לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את התהליך יושלם התהליך עד סופו.

פרק 9: רופא מלווה אישי פלוס

ליווי רפואי וסיוע במימוש זכויות בעת אירוע רפואי

המנוי יהיה זכאי לשירותים המפורטים בפרק זה בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים בפוליסה ולתנאים שלהלן.

פרק זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה.

השירות

רופא מלווה אישי מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למנוי המתמודד עם מצב רפואי או מחלה על פי המוגדר להלן יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו אותו ואת בני משפחתו בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות משלב האבחנה ובמשך הטיפול הרפואי וההחלמה למשך 3 חודשים וכל זאת בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות להלן. בנוסף יינתנו שירותים להכוונה במימוש זכויות עבור המנוי - כגון הכוונה למיצוי זכויות למול גופים ממשלתיים - ביטוח לאומי, קופות החולים, סיוע בהגשת בקשה לקבלת תו נכה ועוד.

1. הגדרות:

בפרק זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בציודם:

1. **"החברה"** - הראל חברה לביטוח בע"מ.
2. **"מנוי"** - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא פרק זה אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בפרק זה.
3. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לפרק ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
4. **"דמי מנוי"** - הסכום בגין פרק זה שעל המנוי לשלם לחברה, על פי תנאי פרק זה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
5. **"ילד"** - ילד/ה עד גיל 25 אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי.
6. **"הספק"** - הגוף עימו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בפרק זה, אשר פרטיו מפורטים בדף פרטי הביטוח.
7. **"רופא"** - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג-1973.
8. **"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 או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.
9. **"ממין ראשי"** - אחראי על אישור זכאות המנוי לשירות, על פי מצבים רפואיים כמפורט בכתב השירות.
10. **"מנהל רפואי אישי"** - רופא בעל תואר מומחה ברפואה פנימית עמו התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בפרק זה.
11. **"אחות"** - אחות שהוסמכה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
12. **"עובדת/סוציאלי/ת"** - עו"ס שהוסמך/ה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן שירותים המפורטים בפרק זה.

13. **"מתאם/ת שירות"** - אדם שעבר הכשרה מתאימה לתפקיד מתאם/ת שירות. מתאם/ת השירות מקיים/ת את התקשורת השוטפת עם המנוי בכל הקשור לשירות כמפורט בפרק זה.
14. **"מצב רפואי"** - מערכת נסיבות רפואיות הקיימת בגוף המנוי, עקב מחלה או תאונה.
15. **"מקרה רפואי"** - מצב רפואי המתואר בפרק זה אשר קיומו מקנה למנוי זכות לקבלת השירות כמתואר ומפורט בפרק זה.
16. **"ליווי רפואי"** - בדיקת שלמות תהליך הטיפול הרפואי למנוי.
17. **"אבחנה"** - מסקנה סופית של רופא המתייחסת למצב רפואי מסוים, המוסקת לאחר לקיחת אנמנזה (פרטים שמסר המנוי על מצבו הרפואי), היסטוריה רפואית, בדיקה רפואית, ובדיקות נוספות במידת הצורך.
18. **"מצב רפואי כרוני"** - מצב רפואי שאינו ניתן לריפוי, אשר תסמיניו מופיעים ומתפתחים על פני תקופה של 90 יום לפחות.
19. **"מצב רפואי חריף"** - מצב רפואי בעל תסמינים המופיעים באופן פתאומי, במהירות ובעוצמה.
20. **"תקופת שירות"** - על פי צורך רפואי ועד 90 יום רצופים מיום פתיחת קריאה של שירות ותשלום דמי ההשתתפות העצמית כמפורט בפרקי השירות השונים.
21. **"מוקד השירות"** - שירות טלפוני שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על-פי פרק זה.
- מספר הטלפון של מוקד השירות של הספק עבור מנויי הראל הוא: *5226**
22. **"המועד הקובע"** - מועד כניסתו לתוקף של פרק זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
23. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי מהמועד הקובע ותסתיים בתום 90 יום. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורך לכתב השירות מחדש, בתקופות בלתי רצופות. **הספק לא ייספק שירות כמפורט בפרק זה לפני תום תקופת האכשרה למעט שירותים הנדרשים עקב תאונה.**
24. **"השתתפות עצמית"** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו בעת קבלת שירותים ע"פ פרק זה, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק לפי קביעת הספק ובשום מקרה ואופן לא באמצעות החברה.
25. **"מקרה רפואי דחוף"** - שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי המחייב פנוי למיון ו/או אישפוז.
26. **"שנת ביטוח"** - כמפורט בתנאי הפוליסה.

2. היקף השירותים:

שירות זה מאפשר למנוי לקבל מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, לפני ובעת טיפול רפואי והחלמה ממצב רפואי.

השירות כולל:

1. מינוי רופא מומחה אשר ישמש כמנהל רפואי אישי. המנהל הרפואי האישי יפעיל צוות פרא-רפואי הכולל אחות ועובדת סוציאלית על פי שיקול דעתו.
2. ריכוז וסקירת התיק הרפואי (Intake) כולל הערכה ראשונה של המקרה הרפואי על ידי המנהל הרפואי האישי.
3. פגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי. פגישות אישיות נוספות ייקבעו בהתאם לצורך רפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות לא יעלה על 4 פגישות אלא אם קיים צורך רפואי מהותי אשר מצדיק פגישות נוספות.

4. הפניית התיק הרפואי להתייעצות נוספת על פי צורך ובהחלטת המנהל הרפואי האישי לרופא מומחה בתחום הרלוונטי בארץ או בהעדר ידע או נסיון מספק בארץ, למומחה בתחום במדינה אחרת בעולם ולצורך מתן חוות דעת רפואית למנוי.
 5. מתן מידע אובייקטיבי במהלך הפגישות כאמור התומך בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות ואשר יצוין בדו"ח הרפואי המסכם כמפורט בסעיף 12 להלן.
 6. המלצה לפניה לגורמים רפואיים ופרא רפואיים מתאימים להמשך ייעוץ/טיפול. יובהר כי התשלום בגין ייעוץ/טיפול שהמנוי הופנה אליו על ידי הספק כאמור לעיל, הינו על חשבון המנוי.
 7. שיחות טלפוניות לתיאום עם הגורמים הרפואיים המטפלים במנוי.
 8. ליווי למקרה רפואי על ידי מתאם/ת השירות ו/או הצוות הרפואי והפרא-רפואי.
 9. ייעוץ למנוי במהלך אישפוז ו/או אחריו כולל ביקור באשפוז ו/או ביקור בית לאחר טיפול פולשני/ניתוח על פי צורך ובהתאם לשיקול דעתו הבלעדי של המנהל הרפואי האישי.
 10. ליווי וייעוץ על ידי אחות בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם האחיות לא יעלה על 4 פגישות.
 11. ליווי על ידי עובד/ת סוציאלי/ת בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם עובדת סוציאלית לא יעלה על 4 פגישות לתקופת ביטוח.
 12. סיכום כל המסמכים הרפואיים לידי דו"ח רפואי מסכם על ידי המנהל הרפואי האישי, הכולל המלצות להמשך טיפול ומעקבים רפואיים, תוך 7 ימים ממועד סיום תקופת השירות בגין המקרה הרפואי.
 13. מוקד שירות טלפוני באמצעותו תיפתח קריאת שירות למנויים ובדיקת השתייכותם לכתב השירות וכן טיפול שוטף בפניות המטופלים. המוקד יפעל 24/7 למקרים דחופים הכוללים קבלת הודעות על שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי ובכלל זה פינוי המנוי לבית חולים ו/או אישפוז.
 14. מתן מידע לגבי מחקרים קליניים בארץ ובחו"ל רלוונטיים למקרה הרפואי, על פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי וסיוע בהגשת מסמכים למועמדות להשתתף במחקרים, ככל שרלוונטי.
 15. ייעוץ אחד מקוון תוך 3 ימי עסקים, על ידי רופא עבור קומבינציה לטיפול פומי בכאב, בהתאם למקרה הרפואי.
- מידע והכוונה בנושא מימוש זכויות ונושאים נוספים**
16. ייעוץ מקוון עם עובד סוציאלי, או כל מתאם שירות מוסמך אחר שרלוונטי למקרה, אשר יערך מיפוי של הנושאים הכלכליים והרווחתיים הרלוונטיים למקרה הרפואי. המנוי יקבל סיכום של המיפוי והספק יפעל לפי הסיכום האמור.
 17. הכוונה בנושא הזכויות וסיוע בהגשת בקשות על פי המקרה - מול ביטוח לאומי, שירות התעסוקה, קופות החולים ורשות המיסים.
 18. המנוי יהא זכאי להכוונה בהגשת בקשה לקבלת תו ותג נכה.
 19. הכוונה וייעוץ בכל הקשור להנחה או פטור בארנונה, מים או חשמל.
 20. הכוונה בהגשת בקשה להיתר העסקת עובד סיעוד - זר או ישראלי.
 21. מידע בנושא שירותי הוספיס בית או הוספיס חוץ.
 22. עד 3 פגישות לתקופת ביטוח אצל פסיכיאטר או פסיכולוג שהנם בהסכם עם ספק השירות, בהתאם לבקשת המנוי.
 23. 2 פגישות ייעוץ מקוונות (או פגישה בבית המנוי על פי הצורך) לתקופת ביטוח, לבקשת המנוי ועל פי מצבו הרפואי, עם מרפא/ה בעיסוק או עובד/ת סוציאלי/ת, לייעוץ להתאמת הבית לצרכיו הייחודיים.

24. איתור והפנייה למקומות לשכירת ציוד רפואי מתאים לבית המנוי, ככל שנדרש על פי המקרה הרפואי.

עבור כל מקרה רפואי לניהול יישלם המנוי השתתפות עצמית של 380 ש. המנוי יהיה זכאי לקבל שירותים כמפורט בפרק זה לתקופה שתיקבע ע"י הצורך הרפואי ושלא תעלה על 90 יום מיום אישור הזכאות על ידי הממין הראשי כמפורט בפרק ג' להלן. ניתן יהיה להאריך את תקופת השירות האמורה, באישור המנהל הרפואי האישי ובכפוף לאישור הספק במקרים בהם קיים צורך רפואי המחייב הארכה של התקופה. הארכת התקופה תחשב כהארכה של אותו מקרה רפואי והמנוי יחויב בדמי השתתפות נוספים בתאום עם המנוי.

בכל מקרה, המנוי לא יהיה זכאי לקבל שירות לפי פרק זה ליותר מאשר מקרה רפואי אחד במהלך שנת ביטוח. אם במהלך תקופת השירות התגלה מקרה רפואי נוסף ו/או סיבוך של המקרה הרפואי הקיים, ייחשב המקרה כמקרה רפואי אחד. יובהר כי בכל מקרה הספק ו/או החברה אינם מחוייבים בהתאם לפרק זה להעניק למנוי כל שירות רפואי בפועל או מימונו של שירות רפואי כאמור, בין אם זה נדרש או הומלץ על ידי המנהל הרפואי האישי ובין אם לאו, למעט השירותים המפורטים בסעיף זה לעיל.

3. אופן קבלת השירותים:

1. יובהר כי התנאים לקבלת השירותים הנם כי ברשות המנוי פוליסת בריאות תקפה של החברה, תמה תקופת האכשרה בכתב השירות, המנוי לא קיבל שירות בשנת הביטוח בה הוא מבקש את השירות, הספק אישר שהמקרה הרפואי נכלל בפרק זה ובוצע תשלום דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי.

2. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי פרק זה על המנוי לפנות למוקד השירות של הספק.

3. נזקק מנוי לשירות על פי פרק זה, יפנה, הוא או נציגו, טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו או ימסור את שם המנוי, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו ופרטים נוספים ככל שיתבקש.

בהתאם להנחיית נציג השירות יעביר המנוי את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה הרפואי וככל שיש כאלה כמפורט להלן: סיכומי אשפוזים, תוצאות ופיענוחים של בדיקות, סיכומי מחלה, ייעוצים רפואיים, טיפולים, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, תשובות פתולוגיות ו/או כל מסמך רפואי אחר. **קבלת מסמכים אלו הנה תנאי מוקדם למתן השירות כמפורט בפרק זה.** כמו כן, רשאי המנהל הרפואי האישי לבקש מהמנוי מעת לעת העתקי מסמכים רפואיים נוספים.

4. הממין הראשי יבחן את המקרה הרפואי על פי כתב השירות בהסתמך על המסמכים הרפואיים שהתקבלו מהמנוי ויצוות למנוי מנהל רפואי אישי ומתאמת שירות.

5. הודעה על אישור/אי אישור הזכאות לשירות תמסר למנוי לא יאוחר מ-3 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה ע"י הספק.

6. רק לאחר אישור הזכאות לשירות, יבוצע חיוב בפועל של דמי השתתפות העצמית.

7. על המנוי לשלם השתתפות עצמית לצורך קבלת השירות.

8. משך השירות - בגין מקרה רפואי שאושר, יהיה זכאי המנוי לשירות כמפורט בפרק זה לתקופה שלא תעלה על 90 יום מיום אישור המקרה על ידי הממין הראשי. קבע המנהל הרפואי האישי כי קיים צורך רפואי להאריך את השירות לתקופה נוספת של 90 יום, יתאפשר הדבר בכפוף לאישור הספק ובתשלום נוסף וזהה של השתתפות עצמית.

9. מוקד השירות יהיה פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ערב יום הכיפורים החל מהשעה 14:00 ועד חלוף שעתיים משעת סיום צום יום הכיפורים.

10. לפגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי יגיע המנוי למקום בכוחות עצמו ועל חשבונו.
 11. הספק מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא פרק זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף ג' על תת סעיפיו לעיל.
 12. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד - למעט יהודה, שומרון וחבל עזה.
 13. על אף האמור בפרק זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי פרק זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.
 14. מובהר כי השירותים כוללים סיוע והכוונה לפני העניין, ואינם כוללים כיסוי הוצאות כלשהן הכרוכים בקבלתם. כמו כן יובהר כי השירותים לא כוללים ביצוע פעולות בשמו של המנוי בפני גורמים כלשהם או התייצבות (עמו או בלעדיו) אצל רשויות כלשהן במימוש זכויות.
4. זכאות לקבלת השירותים
- מנוי יהיה זכאי לקבל שירות זה באם הינו עומד באחד מהקריטריונים הבאים:
1. מקרה רפואי ללא אבחנה:

מצב רפואי ללא אבחנה, אשר תהליך הבירור והייעוץ הרפואי במטרה להגיע לאבחנה רפואית החל לפחות 90 יום לפני הפנייה לשירות. על תהליך הבירור לכלול ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית ולפחות בדיקה אחת רלוונטית מתוך הרשימה להלן: בדיקת הדמיה (בדיקות כגון CT, MRI וכדומה ולא רק צילום רנטגן רגיל), ו/או בדיקות פולשניות, ו/או בדיקות מעבדה מורכבות (לא כולל בדיקת דם, צואה ושתן שיגרתיות) ו/או בדיקות עזר נוספות. מצבים רפואיים ללא אבחנה אשר תסמיני המחלה אינם ספציפיים (דוגמת עייפות וכאבי שרירים כלליים) וסימני המחלה אינם באים לידי ביטוי בבדיקות הדם ו/או בבדיקות ההדמיה ולאחר שהספק ווידא שהמנוי ביצע את כל הבדיקות שהיה צריך לבצע בנסיבות המצב הרפואי, לא יטופלו במסגרת פרק זה.

למען הסר ספק יובהר כי במקרה זה החברה ו/או הספק אינם מתחייבים להגיע בסופו של התהליך לאבחנה רפואית ברורה או סופית.
 2. מקרה רפואי עם אבחנה באחת מן הקטגוריות הרפואיות הבאות:

המנוי יהיה זכאי לקבל שירות אם מצבו הרפואי עונה על המצבים הרפואיים שלהלן ועל פי התנאים המוקדמים המצויינים לצד אותה מחלה, אם צוינו:

 - 2.1. סרטן (Cancer):
 - 2.1.1. נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה ו/או לרקמות אחרות.
 - 2.1.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:
 1. מחלות עור מסוג: Basal Cell Carcinoma, Hyperkeratosis למעט BCC חוזר או התפשט לאיברים אחרים.
 2. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת AIDS.

2.2. מחלות כבד חריפות או כרוניות:

 - 2.2.1. קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על הכבד וגורמים לפגיעה בו ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה או התפקוד). מחלת כבד אשר בגינה יינתן שירות במסגרת פרק זה יכולה להיות בעלת אופי חריף או כרוני.

2.2.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

1. מחלת כבד כתוצאה מאלכוהוליזם

2. אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)

שמשמעותה אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או התלקחות של מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי הכבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות והמאופיינות על ידי כל הסימנים הבאים: הקטנה של נפח הכבד, נמק ממושט בכבד, המותיר רק שת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה, ירידה חדשה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7, צהבת - מעמיקה, אנצפלופטיה כבדית, דמום בלתי נשלט.

2.3. מחלות כליות:

קבוצה של מצבי תחלואה שונים אשר משפיעים על הכליה וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה או התפקוד). במסגרת פרק זה יינתן שירות למקרה של מחלת כליות בעלת אופי כרוני בלבד.

2.4. מחלות גסטרו-אנטרולוגיות כרוניות:

קבוצת מצבי תחלואה כרוניים המשפיעים על התפקוד של מערכת העיכול. במסגרת פרק זה יינתן שירות לתחלואה המערבת את הקיבה, המעי והאיברים הנלווים כולל וושט, כבד, כיס מרה ולבלב, מחלה גסטרו-אנטרולוגית אשר הינה בעלת אופי כרוני בלבד.

על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי פרק זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

2.5. מחלות לב ומחלות ווסקולאריות כרוניות:

מחלות לב וכלי דם כרוניות הפוגעות במערכת הלב (מחלות לב, מחלות לב כליליות), כלי הדם, כולל עורקים, ורידים וכלים לימפטיים. המנוי יהיה זכאי לשירות כמפורט בפרק זה לאחר בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

מנוי המועמד לניתוח לב אלקטיבי הכולל ניתוח מעקפי לב (CABG), לניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב - (Surgery for Valve Replacement or Repair) ו/או לניתוח אבי העורקים ו/או צינתור לב יהיה זכאי לשירות כמפורט בפרק זה ללא תנאי מוקדם להתייעצות אצל שני רופאים מומחים כאמור לעיל.

2.6. מחלות נירולוגיות ופרוצדורות פולשניות של מערכת העצבים המרכזית וההיקפית:

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת העצבים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה, ההולכה החשמלית או התפקוד).

במסגרת פרק זה יינתן שירות למקרה של מחלה נירולוגית בעלת אופי חריף או כרוני ובתנאי שהנה בעלת אופי הפוגע בתפקוד בדרגה בינונית וחמורה לפי NRC 2 ומעלה או EDSS 3 ומעלה במקרה של טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis).

הפרוצדורות הפולשניות בהגדרה זו כוללות:

1. ניתוחי עמוד שדרה כולל טיפול בגידולים של חוט השדרה, פריצות דיסק בעמוד השדרה, ייצוב עמוד שדרה וטיפול בהצרויות בעמוד שדרה.

2. רדיוכירורגיה: טיפול בגידולי מוח תוך קרינה ממוקדת

3. ניתוחי היפופיזה

4. ניתוחי מוח שפירים וניתוחי בסיס הגולגולת
5. טיפולים במומי כלי דם ומפרצות מוחיות, טיפולים כירורגיים, טיפולים אנדווסקולאריים, צנתורי מוח
6. ניתוחי אפילפסיה
7. נויורוכירורגיה אנדוסקופיה
8. ניתוחים לטיפול בפגיעות ראש ועמוד שדרה.

2.7 מחלות אורתופדיות:

2.7.1 קבוצה של מחלות שונות או פגיעות בעצמות, במפרקים, בשרירים ו/או בגידים אשר גורמות לכאב שלא נשלט ע"י טיפול תרופתי ופזיותרפיה. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי פרק זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

2.7.2 מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

1. מחלות אורתופדיות שהמנוי נמצא בטיפול באישפוז בגין פחות מ-21 יום, במועד הפנייה לשירות.
2. מצבים רפואיים בתחום האורתופדיה אשר הינם פועל יוצא מחבלה או טראומה וטרם עברו בעת הפניה לשירות לפחות 90 יום מהחבלה ו/או הטראומה.

2.8 ניתוחים כירורגיים (פולשניים) חוזרים עקב אי הצלחה בניתוח ראשון:

פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) חוזרת, עקב כישלון מלא או חלקי של הפעולה הראשונה, החוזרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון של פגם או עיוות אצל המנוי.

2.9 מחלות דם (מחלות המטולוגיות):

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על רמות ומרכיבי הדם השונים (התאי וההומורלי) וגורמים לפגיעה בו בצורות שונות. במסגרת פרק זה יינתן שירות למקרה של מחלת דם בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי פרק זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

2.10 מחלות ראומטולוגיות:

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת הפרקים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (פרק, מפרק או תפקוד). במסגרת פרק זה יינתן שירות למקרה של מחלה ראומטולוגית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי פרק זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

2.11 מחלות מטבוליות:

קבוצה של מצבי תחלואה שונים, תורשתיים וכרוניים, הנובעים מפגיעה בגן הבדד או במספר גנים קטן (Inborn Error of Metabolism) והגורמים לפגיעה ביכולת האנרגטית, או ביכולת הבניה ו/או הפירוק של אבני הבניין של התא, או פגיעה מיטוכונדרילית.

2.12. מחלות אנדוקריניות:

2.12.1. קבוצת מצבי תחלואה שונים המערבים איברים ובלוטות אשר אחראיים על ייצור, אגירה והפרשה של הורמונים המסייעים בשימור ושליטה על תפקודים חיוניים. במסגרת פרק זה יינתן שירות למקרה של מחלה אנדוקרינית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני.

על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי פרק זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

2.12.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

1. סוכרת

2. קומה נמוכה

3. מחלות אנדוקריניות המשפיעות על הפוריות בלבד

2.13. מחלות ופרוצדורות פולשניות באף, אוזן וגרון (א.א.ג.):

2.13.1. קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים וגורמים לפגיעה ברמות השונות של חלל האף והסינוסים, האוזניים, הפה, הלוע והגרון, אזורי ראש צוואר ובסיס הגולגולת.

ניתוחים ופרוצדורות להסרת גידולים שפירים וממאירים באזורי בסיס הגולגולת, הראש, הצוואר וקנה הנשימה, ניתוחים שחזוריים שאינם למטרות יופי ואסתטיקה, ניתוחי אוזניים, ניתוחי שחזור שמיעה, ניתוחים אנדוסקופים של האף ומערות הפנים, ניתוחים אנדוסקופים של הושט העליון, ניתוחי מיתרי קול ושחזור הדיבור.

2.13.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

1. ניתוחי כפתורים באזניים

2. ניתוחי נחירות

3. ניתוחים למטרות יופי ואסתטיקה

2.14. מחלות עור:

2.14.1. קבוצה של מצבי תחלואה הפוגעים בעור. במסגרת פרק זה יינתן שירות למקרה של מחלת עור בעלת אופי כרוני בלבד. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי פרק זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית.

כמו כן, על תהליך הבירור, הייעוץ והטיפול הרפואי להתחיל לפחות 9 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.14.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

1. אקנה

2. פטרת עורית (חיצונית)

3. נשירת שיער

4. מחלות מין

2.15. מחלות בתחום הגניקולוגיה והמיילדות:

2.15.1. קבוצת מצבי תחלואה בתחום בריאות האישה המערבות את מערכת המין הנשית. במסגרת פרק זה יינתן שירות בגין מקרה של מחלה גניקולוגית בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי פרק זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעייה הרפואית. על תהליך הבירור והייעוץ הרפואי להתחיל לפחות 6 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.15.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

בעיות פוריות ועקרות של הגבר והאישה למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.

2.16. מחלות אימונולוגיות:

קבוצה של מצבים ומחלות כרוניות הפוגעות במערכת החיסון שעיקרן חסרים אימוניים (נרכשים או מולדים) ומחלות אוטו-אימוניות.

2.17. מחלות ריאה:

קבוצה של מצבי תחלואה שונים הגורמים לפגיעה בריאה בצורות שונות ומשפיעים על תפקודי הריאה השונים (נפחים, זרימות ואחרים). במסגרת פרק זה יינתן שירות בגין מחלת ריאה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי פרק זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.18. מחלות זיהומיות:

קבוצה של מצבי תחלואה שונים הנגרמים על ידי גורמי מחלה (פתוגנים) שונים (וירוסים, חיידקים, טפילים ואחרים) בעלי מהלך ממושך של 21 יום לפחות (מתחילת הבירור של המחלה). במסגרת פרק זה יינתן שירות בגין מחלה זיהומית בעלת אופי חריף או כרוני. מקרה רפואי יכול מחלה זיהומית בעלת מהלך של 21 יום לפחות ו/או סיבוך של מחלה זיהומית קיימת/קודמת.

2.19. מחלות עיניים:

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המצריכים פרוצדורות ניתוחיות חוזרות הגורמים לפגיעה במרכיבי העין השונים (כגון רשתית) ומשפיעים על תפקודי הראייה השונים (למשל, חדות וחדות ראייה). במסגרת פרק זה יינתן שירות בגין מחלות עיניים בעלות אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי פרק זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.20. מחלות יתומות:

מחלות נדירות, המשפיעות על אחוז קטן מאוד מהאוכלוסיה ואשר אושרו על ידי ארגון הריאות העולמי כמחלות יתומות (Orphan Diseases).

2.21. תחלואה משולבת:

תחלואה הנובעת משילוב של מספר מחלות אשר הטיפול בהן דורש גישה רב-תחומית (מולטידיסציפלינרית) עם תיאום בין לפחות שני רופאים מומחים בתחומי התמחות שונים.

2.22. מחלות ופרוצדורות בתחום רפואת הילדים:

2.22.1. בנוסף לכל האמור לעיל בקטגוריות הרפואיות השונות, בתחום של רפואת ילדים מקרה רפואי יכלול בנוסף את המצבים הרפואיים הבאים:

1. ניתוחים אלקטיביים. ניתוח אלקטיבי משמעותו שהצורך בו צפוי, ואשר קבלתו של המנוי לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח לא נעשה באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא בהפניה על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

2. מחלות כרוניות בילדים

3. מחלות על רקע גנטי

4. מומים מולדים

5. מחלות/אבחנות פסיכיאטריות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי בירור וטיפול וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.

6. הפרעות התפתחות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי בירור וטיפול במכון להתפתחות הילד וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.

7. בעיה רפואית במסגרת אשפוז של למעלה מ-21 ימים רציפים לכל מקרה רפואי.

8. בעיה רפואית הנובעת מסיבוכן של ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אשפוז.

9. אטופיק דרמטיטיס בדרגה בינונית ומעלה

2.22.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

מחלות ריאה ילדים:

אסטמה, אלא אם מדובר במהלך מחלה לאחר ייעוץ על ידי שני רופאים מומחים למחלות ריאה לילדים, ללא איזון המחלה.

1. מחלות גסטרואנטרולוגיות ילדים: מחלת כשל בשגשוג הילד (failure to thrive), הפרעות אכילה (דוגמת בולמיה, אנורקסיה).

2. הפרעות קשב וריכוז.

3. ניתוח כפתורים באזניים

4. ניתוחי בקע - Hernia

5. כל המקרים הרפואיים בפגים במהלך אישפוז ו/או ובמהלך 6 החודשים הראשונים לחייהם, הארוך מבין השניים.

2.23. מקרה רפואי באישפוז של יותר מ-21 ימים רציפים -

2.23.1. מצבים רפואיים במסגרת אישפוז של 21 ימים רציפים לפחות בהם אין אבחנה ברורה ו/או קיימת מחלוקת בשיטת הטיפול (שמרני/ניתוחי או אחר).

2.23.2. מקרה רפואי אינו כולל כל אחד מאלה:

מצבים רפואיים אשר בעת הפניה לשירות המנוי הינו מאושפז במצב סיעודי ו/או סופני.

2.24. ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אשפוז

2.25. חריגים כלליים:

הספק לא יהיה חייב במתן שירות על פי פרק זה במצבים הרפואיים הבאים:

- 2.25.1. השתלת איברים בישראל או בחו"ל.
- 2.25.2. מצבים רפואיים ו/או פרוצדורות הקשורות בפוריות ו/או עקרות למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.
- 2.25.3. מחלות פסיכיאטריות במבוגרים ו/או מחלות נפש.
- 2.25.4. מצבים הקשורים באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה השמנת יתר, למעט ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד.
- 2.25.5. מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים ופה ולסת.
- 2.25.6. טיפול תרופתי מניעתי של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (Aids).
- 2.25.7. מחלת פיברומיאלגיה.
- 2.25.8. מחלת נירופתיות.
- 2.25.9. תסמונת עייפות כרונית.
- 2.25.10. עיוורון מוחלט ובלתי הפיך.
- 2.25.11. שבץ מוחי (cva).
- 2.25.12. ורידים ודליות ברגליים.
- 2.25.13. כוויות קשות כשהמנוי נמצא באשפוז במסגרת מוסד רפואי.
- 2.25.14. אלרגיות.
- 2.25.15. חולים הנמצאים במהלך אשפוז של פחות מ-21 ימים רציפים.
- 2.25.16. כל מחלה שאינה מפורטת ברשימת המחלות שפורטו בסעיף ד' לעיל.

5. הגבלה

החברה לא תהיה אחראית בגין הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.

6. תוקפו של פרק זה

1. 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 לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא 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.
2. בנוסף לאמור בתנאים הכלליים של הפוליסה אליה מצורף פרק זה, תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
 - 2.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא.
 - 2.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד, בהתאם לחוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981.

3. במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר למתן השירותים נשוא פרק זה, מחוייב הספק להשלים מתן שירותים נשוא פרק זה, למנויים אשר נמצאים במהלך תקופת השירות ולא יותר משלושה חודשי שירות כולל תקופת ההודעה מראש למנויים על הפסקת השירות.
4. מובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של פרק זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים נשואי פרק זה. מנוי שהתחיל בקבלת שירות נשואי כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלים, תפקע זכותו לאחר סיום השלמת השרות.

פרטי התקשרות

אגף הבריאות - קבוצת מדנס

☎ מוקד שירות טלפוני: 03-6380295
שלוחה 1 - מוקד השירות לאחר הצטרפות
שלוחה 2 - מוקד ההצטרפויות

מדנס מעניקה שירות דיגיטלי גם באמצעות:

✉ aig@madan.es.com

המענה יינתן תוך יום עסקים 1 בלבד

🕒 וואטסאפ 052-8259424

👉 aig.madan.es.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