

עדכון ביטוחי הבריאות/חיים

חברה/יקר/ה

אנו דואגים מזה שנים רבות לביטוח בריאות איכותי ומקיף לצרכים רפואיים שונים, ברצוננו לעדכן כי החל מ-1.9.2015 יחולו מספר שינויים בביטוח הבריאות:

1. יתווספו לפוליסה כיסויים חדשים כדלקמן (עבור העובד במסגרת תוכנית א' ועבור בני המשפחה במסגרת תוכנית ג')::

- קבלת החזר בגין אבחון בעיות התפתחות בילדים / ליקויי למידה ע"י פסיכולוג קליני / פסיכולוג חינוכי / מכון אבחון / בדיקות TOVA / MOXO ולאחר מיצוי השב"ן (ביטוח משלים בקופת חולים).
- קבלת החזר בגין טיפול בבעיות התפתחות בילדים ע"י פיזיותרפיסט/מרפא בעיסוק/קלינאי תקשורת/פסיכולוג/הוראה מתקנת ולאחר מיצוי השב"ן (ביטוח משלים בקופת חולים).
- בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון - קבלת החזר בגין בדיקות לגילוי נשאות גנים סרטניים ו/או גנים של מחלות אחרות.
- טיפולים / ייעוצים אונקולוגיים: קבלת החזר בגין טיפולי רדיותרפיה / כימותרפיה / היפרטרמיה / טיפול בקרינה רדיואקטיבית / גלי חום / גלים אלקטרו מגנטיים.
- אבחון רפואי מהיר - אבחון מהיר של בעיה רפואית משמעותית יכול להשפיע על איכות חייהם ולהבטיח שתקבל את הטיפול הנדרש מוקדם ככל האפשר. במקרים רבים אבחון מהיר יכול להציל חיים.

כיצד זה עובד?

מבוטח שפונה לקבלת השירות, יעבור תהליך אבחון לקביעת אופי המחלה או המצב הרפואי, באמצעות רופא מומחה וביצוע כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות, לרבות בדיקות הדמיה ו-MRI וקבלת דו"ח אבחון בסיום התהליך - וכל זאת תוך מספר ימים בלבד. בבית החולים אסותא תל אביב ברמת החייל.

2. הכיסוי "גילוי מחלות קשות" יסתיים ויוחלף בכיסוי: שיפוי הוצאות רפואיות עקב גילוי מחלה קשה.

במקרה של גילוי אחת המחלות המפורטות בפוליסה יינתן שיפוי להוצאות רפואיות כגון: כל טיפול או שירות רפואי, שרותי סיוע והשגחה, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, אביזרים רפואיים ובדיקות לאפיון והתאמת טיפול במחלה כגון בדיקות ONCOTEST, **כולל בדיקות התאמת טיפול תרופתי לסרטן ברמה האישי / גנטית.**

דמי הביטוח החודשיים שמשלם העובד יעודכנו כדלקמן החל מיום 1.9.2015

תוכנית	דמי ביטוח חודשיים
תוכנית א' לעובד/ת	35.41 ₪
תוכנית ב' לבן/ת הזוג וכל הילדים עד גיל 30	32.66 ₪
תוכנית ג' לבן/ת הזוג וכל הילדים עד גיל 30	52.76 ₪
תוכנית ד' לבן/ת הזוג וכל הילדים עד גיל 30	104.07 ₪

עפ"י המדד הידוע ב-1.6.15

באפשרותך לבקש ולבטל את פוליסת הביטוח במהלך 60 ימים מיום 1.9.2015 ולקבל את דמי הביטוח בגין תקופה זו בחזרה והחל מיום זה, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בתקופה זו.

בנוסף המלא של הפוליסה להלן – פירוט מלא ומדויק של כל הכיסויים כולל סכומי הכיסוי ואחוזי ההשתתפות העצמית אם יש.

בשאלות הנוגעות לתוכן הביטוח ומידע על הפוליסה, ניתן לפנות לוועד.

בברכת בריאות שלמה ואיתנה
הועד הארצי

תוכן עניינים

עמ'

- 4..... מודל ביטוח הבריאות והשירות הניתן למבוטחים
- 5..... פרקי הפוליסה:
- 6..... מידע שימושי
- 6..... השירות למבוטחים
- 6..... תוכניות הביטוח
- 6..... תנאי ההצטרפות
- 7..... כמה עולה הביטוח ואיך משלמים?
- 8..... מה קורה בעת עזיבה?
- 9..... ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על פי תקנות "גילוי נאות")
- 16..... פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח
- נספח א': פוליסת בריאות קולקטיבית לעובדי הבנק הבינלאומי הראשון לישראל ובני משפחותיהם
- 21..... פרק א': תנאים כלליים
- 31..... פרק ב': שיפוי בגין גילוי מחלה קשה
- 34..... פרק ג': ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים
- 40..... פרק ד': נספח עזרה
- 42..... פרק ה': ביטוח כיסוי עלות חוות דעת נוספת בחו"ל
- 43..... פרק ו': נכות
- 44..... פרק ז': פיצוי במקרה של אובדן כושר העבודה
- 45..... פרק ח': מוות
- 47..... פרק ט': ניתוחים בחו"ל
- 49..... פרק י': כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
- 52..... פרק יא' 1: השתלות
- 55..... פרק יא' 2: טיפולים מיוחדים בחו"ל
- 57..... פרק יב': טיפולים מחליפי ניתוח
- 59..... פרק יג': ביטוח חיים קבוצתי
- 62..... נספח מס' 1: הצהרת בעל הפוליסה
- 63..... נספח מס' 2: כתב מינוי מוטבים
- 64..... פרק יד': ביטוח סיעודי - הרחבה וולונטרית
- 66..... פרק ט"ו: כתב שירות - מרכז פרטי לאבחון רפואי מהיר
- 72..... איך לנהוג בעת תביעה?

מודל ביטוח הבריאות והשירות הניתן למבוטחים

ביטוחי הבריאות במדינת ישראל עברו תהפוכות רבות בשני העשורים האחרונים ובמרכזם שינוי מהותי - חקיקת חוק בריאות ממלכתי והתפתחות שירותי בריאות המשלימים של קופות החולים. בנוסף, במהלך השנים, חלו פריצות דרך מדעיות אשר השביחו את רמת הרפואה והשירותים הניתנים לאזרחי המדינה.

למעשה, כיום לעובד הממוצע בבנק הבינלאומי הראשון קיימים שלושה סוגי ביטוח בריאות:

1. ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות קופ"ח.
 2. ביטוח בריאות משלים (שב"ן - שרותי בריאות נוספים) באמצעות קופ"ח להלן: כללית "מושלם", מכבי "מגן כסף / זהב", מאוחדת "עדיף / שיא", לאומית "כסף / זהב".
 3. ביטוח בריאות קבוצתי פרטי בחברת ביטוח דרך הראל חברה לביטוח.
- סל הבריאות הבסיסי והמשלים אשר מסופק באמצעות קופת החולים מכיל מגוון רחב ואיכותי יחסית של שרותי בריאות ועונה על מרבית צרכי היום יום.
- ישנם שירותים ומקרים נוספים אשר סל הבריאות הבסיסי והביטוחים המשלימים אינם מעניקים במסגרתם מענה הולם ועל כן הוחלט לחדש את תוכנית ביטוח הבריאות הקבוצתי עבור עובדי הבנק הבינלאומי ובני משפחותיהם, באמצעות הראל חברה לביטוח.

פרקי הפוליסה:

פרק א': תנאים כלליים

פרק ב': שיפוי בגין גילוי מחלות קשות

פרק ג': ניתוחים ושירותים רפואיים בארץ:

- שכר מנתח / מרדים
- הוצאות אשפוז וחדר ניתוח
- שירותי הסעה באמבולנס
- התייעצות לפני ואחרי ניתוח
- שכר אח/ות פרטי/ת בעת האשפוז ועוד מגוון של כיסויים נוספים

פרק ד': נספח עזרה

פרק ה': חוות דעת נוספת בחו"ל

פרק ו': נכות

כיסוי לנכות מתאונה ונכות מלאה ומוחלטת ממחלה

פרק ז': פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה

פרק ח': פיצוי במקרה מוות

פרק ט': ניתוחים בחו"ל

פרק י': כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

פרק יא':

● השתלות

● טיפולים מיוחדים בחו"ל

פרק יב': טיפולים מחליפי ניתוח:

- שכר נותן הטיפול החלופי
- הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי
- הוצאות חדר ניתוח / חדר טיפולים
- הוצאות אשפוז

פרק יג': ביטוח חיים למקרה מוות

פרק יד': הרחבה וולונטרית של ביטוח סיעודי

במנות פיצוי בסך 2,500 ש"ח לחודש לכל החיים

פרק ט"ו: כיסוי לאבחון מהיר

- תהליך אבחון בסיסי
- תהליך אבחון מקיף
- אבחון גינקולוגי
- בדיקת עבור ילד מנוי עד גיל 14
- אשפוז בחדר פרטי אצל ספק השירות במהלך בדיקות אבחון או לאחר ניתוח
- בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון
- טיפולים/ ייעוצים אונקולוגיים
- אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה
- טיפול בבעיות התפתחות בילדים

מידע שימושי

השירות למבוטחים

השירות למבוטחים יינתן על ידי מוקד הראל חברה לביטוח.
מספר הטלפון של המוקד: 1-800-44-5000.

תוכניות הביטוח

1. **"תוכנית א" עבור העובדים – ניתוחית + חיים**
הכוללת את פרקים א'-ג'.
2. **"תוכנית ב" עבור בני/ות זוג והילדים – הרחבת בריאות משפחה**
הכוללת את פרקים ט'-יב' וסעיף 1.3.21 בפרק ג' (בדיקות אבחנתיות שלא לצורך ניתוח).
3. **"תוכנית ג" עבור בני/ות זוג והילדים – ניתוחית משפחה**
הכוללת את פרקים א', ג'-ה'.
4. **"תוכנית ד" עבור בני/ות זוג והילדים – הרחבת חיים משפחה**
הכוללת את פרקים א'-ב', ו'-ח'.

תנאי ההצטרפות

- א. **העובדים** שהיו מבוטחים בביטוח הקודם ימשיכו להיות מבוטחים ב"**תוכנית א"** ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת אכשרה וללא סייג רפואי קודם כלשהו.
 - ב. **עובדים חדשים**, במלאת שנה להעסקתם, יצורפו לביטוח באופן אוטומטי ל"**תוכנית א"** ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת אכשרה וללא סייג רפואי קודם כלשהו.
 - ג. **בני/ות זוג וילדים** שהיו מבוטחים בביטוח הקודם ב"**תוכנית ב"** וב"**תוכניות ג' ו/או ד"** ימשיכו להיות מבוטחים ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת אכשרה וללא סייג רפואי קודם כלשהו, עפ"י התוכניות בהן היו מבוטחים בביטוח הקודם.
 - ד. **בני/ות זוג וילדים (עד גיל 30)** יצורפו ל"**תוכנית ב"** באופן אוטומטי, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת אכשרה וללא סייג רפואי קודם כלשהו. בני משפחה אשר יבחרו שלא להצטרף ל"**תוכנית ב"**, יוכלו לעשות זאת בהודעה בכתב לחברת הביטוח ולוועד העובדים. מי שיבטל את הביטוח וטרם חלפו 3 חודשים ממועד תחילת הביטוח שלו ולא תבע תשלום תגמולי ביטוח, יקבל החזר של דמי הביטוח מהיום הראשון לביטוח מחברת הביטוח.
- ילד שנולד** יצורף לביטוח באופן אוטומטי ללא צורך במילוי הצהרת בריאות.
- ה. מבטח **שיבטל את הביטוח** ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד הביטול, יוכל לעשות זאת בכפוף **למילוי הצהרת בריאות**.
 - ו. **בני משפחה** שלא היו מבוטחים ב"**תוכנית ג"** ו/או ב"**תוכנית ד"** בביטוח הקודם, יוכלו להצטרף ל"**תוכנית ג"** ו/או ל"**תוכנית ד"** במהלך 3 החודשים הראשונים, **ללא צורך במילוי הצהרת בריאות**, אך על פי תנאי חוזר המפקח על הביטוח לנושא

"מצב רפואי קודם". לאחר מכן ניתן יהיה להצטרף בכפוף למילוי הצהרת בריאות. תנאים אלו יחולו גם על **ילד שנולד**.

ז. החברה המבטחת תודיע למבוטח במכתב דחייה / קבלה לביטוח, תוך 60 יום מהמועד בו חתם המבוטח על גבי טופס הבקשה להצטרף לביטוח. 60 הימים ייספרו ממועד הגשת כל המסמכים הנדרשים. היעדר הודעה מעבר לתקופה של 60 יום **תיחשב כאישור החברה המבטחת לקבלת המבוטח לביטוח**.

ח. **ילדים שהגיעו לגיל 30 והיו מבוטחים בפוליסה**, ימשיכו להיות מבוטחים באופן אוטומאטי ויעברו למעמד ילד בוגר.

ט. **ילדים מעל גיל 30, שלא היו מבוטחים בפוליסה, ובני/ות זוג וילדיהם**, יוכלו להצטרף לפוליסה **לתוכניות ב', ג' ו-ד'** בכפוף למילוי הצהרת בריאות, בצירוף צילום תעודת עובד/ת הבנק, במידה ושם המשפחה שונה יש לצרף תצהיר של עובד/ת הבנק כי אכן מדובר בבנה /בתה. את הטפסים ניתן לקבל במשרדי הוועד ויש לשלוח אותם לפקס: 7549439 עבור זוארץ אפרת.

י. **את ההרחבה הוולונטרית לביטוח הסיעודי** יוכלו לרכוש כל המבוטחים, בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

יא. 3 החודשים יחולו מרגע הפצת החוברות.

כמה עולה הביטוח ואיך משלמים?

תוכנית א' לעובד - 182.48 ₪ (סכום ברוטו כולל סבסוד הבנק).

תוכנית ב' לבן/ת זוג וכל הילדים עד גיל 30 / ילד בוגר מעל גיל 30 - 32.66 ₪.

תוכנית ג' לבן/ת הזוג וכל הילדים עד גיל 30 / ילד בוגר מעל גיל 30 - 52.76 ₪.

תוכנית ד' לבן/ת הזוג וכל הילדים עד גיל 30 / ילד בוגר מעל גיל 30 - 104.07 ₪.

דמי ביטוח בגין הרחבה וולונטרית של הביטוח הסיעודי ביחידות של 2,500 ₪ לכל החיים:
כל מי שמבוטח בפוליסה יוכל לרכוש הרחבה נוספת של הביטוח הסיעודי במנות פיצוי של 2,500 ₪ לחודש לכל החיים.

ניתן להצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות.

הפרמיה בגין הרחבה זו תיגבה באמצעות אמצעי גבייה אישי: כרטיס אשראי / הוראת קבע.

גיל	דמי ביטוח חודשיים בש"ח
0-20	ללא פרמיה
21-30	4.22
31-50	6.8
51-55	22.71
56-60	35.94
61+65	42.21
65+	147

● הפרמיה משתנה לפי גיל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

* דמי הביטוח עבור העובד/ת ובני המשפחה ישולמו ע"י העובד/ת באמצעות תלוש השכר למעט גבייה בגין הצטרפות ילדים מעל גיל 30 והרחבה וולונטרית של הביטוח הסיעודי אשר ייגבו באמצעות אמצעי גבייה אישי: כרטיס אשראי / הוראת קבע.

* הפרמיות הנ"ל צמודות למדד הידוע ב-15 למאי 2015. 12268 נקודות.

מה קורה בעת עזיבה?

מקרה א':

- בכל מקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד, יוכלו העובדים ובני משפחותיהם להמשיך להיות מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית בהראל חברה לביטוח, ושהיקף הכיסוי בה הוא הקרוב ביותר להיקף הכיסוי בפוליסה זו ולא פחות ממנה בסעיפים הבאים: סכום הביטוח, הגדרת מקרה הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח. כלומר, פוליסת ההמשך לא תפחת בפרמטרים אלו במעבר מהפוליסה הקולקטיבית לפוליסה הפרטית. אלא אם כן המבוטח ביקש כי תנאי פוליסת ההמשך יהיו נחותים יותר.
- תעריפי הפוליסה הפרטית ע"פ התעריפים שיהיו קיימים אצל הראל באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל הראל. המעבר לפוליסת ההמשך יהיה ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם, כולל החמרה במצב רפואי וללא התחשבות במצב הרפואי הקודם.
- המבוטחים יהיו זכאים להנחה בגובה 30% כל עוד הפוליסה בין ארגון עובדי הבנק הבינלאומי הראשון והראל חברה לביטוח בע"מ בתוקף.

מקרה ב':

- בתום ההסכם, יוכלו העובדים ובני משפחותיהם להמשיך להיות מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית בהראל, ושהיקף הכיסוי בה, הקרוב ביותר להיקף הכיסוי בפוליסה זו, ולא פחות ממנה בסעיפים הבאים: סכום הביטוח, הגדרת מקרה הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח, כלומר, פוליסת ההמשך לא תפחת בפרמטרים אלו במעבר מהפוליסה הקולקטיבית לפוליסה הפרטית, אלא אם כן המבוטח ביקש כי תנאי פוליסת ההמשך יהיו נחותים יותר.
 - תעריפי הפוליסה הפרטית ע"פ התעריפים שיהיו קיימים אצל הראל באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל הראל. המעבר לפוליסת ההמשך יהיה ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, כולל החמרה במצב רפואי וללא התחשבות במצב הרפואי הקודם.
 - המבוטחים יהיו זכאים להנחה בגובה 30% עד תום תקופת ההסכם הנוכחי, אך בכל מקרה לתקופה שלא תפחת מ-5 שנים ו-10% מתום תקופת ההנחה הנ"ל ואילך, לכל החיים.
 - פורשים אשר ירכשו ביטוח פרטי לניתוחים אצל הראל, יהיו זכאים לכיסוי עפ"י פרק ה' לפוליסה- טיפולים מחליפי ניתוח. הזכאות לכיסוי תהיה לתקופה של שנתיים וללא כל תוספת פרמיה.
- החברה המבטחת תפנה לכל מבוטח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 90 ימים. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.

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

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם הפוליסה	פוליסת בריאות קולקטיבית לעובדי הבנק הבינלאומי הראשון לישראל ובני משפחותיהם.
	שם בעל הפוליסה	הבנק הבינלאומי הראשון
	הכיסויים בפוליסה	<p>פרק א: תנאים כלליים</p> <p>פרק ב: שיפוי הוצאות רפואיות עקב גילוי מחלה קשה</p> <p>פרק ג: ניתוחים ושירותים רפואיים</p> <p>פרק ד: נספח עזרה</p> <p>פרק ה: חוות דעת נוספת בחו"ל</p> <p>פרק ו: נכות</p> <p>פרק ז: פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה</p> <p>פרק ח: מוות</p> <p>פרק ט: ניתוחים בחו"ל</p> <p>פרק י: כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</p> <p>פרק יא 1: השתלות</p> <p>פרק יא 2: טיפולים מיוחדים בחו"ל</p> <p>פרק יב: טיפולים מחליפי ניתוח</p> <p>פרק יג: ביטוח חיים קבוצתי</p> <p>פרק יד: ביטוח סיעודי - הרחבה וולונטרית</p> <p>פרק ט"ו: כתב שירות - מרכז פרטי לאבחון רפואי מהיר</p>
	משך תקופת הביטוח	החל מ-1.08.09 ועד ליום ה-1.3.2019.
	מה קורה בעת עזיבה?	<p>א) בכל מקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד, יוכלו העובדים ובני משפחותיהם להמשיך להיות מבטוחים בפוליסת בריאות פרטית אישית בחברה המבטחת, ושהיקף הכיסוי בה, הקרוב ביותר להיקף הכיסוי בפוליסה זו, אך לא נופל ממנה בסעיפים הבאים: סכום הביטוח או תקרת תגמולי הביטוח, הגדרת מקרה הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח, קרי פוליסת ההמשך לא תפחת מהמפורט לעיל, מתנאים אלו הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית, בגין כיסויים אלו, אלא אם כן המבוטח ביקש כי תנאי פוליסת ההמשך, כאמור, יהיו נחותים יותר.</p> <p>התעריפים הינם התעריפים שיהיו קיימים אצל החברה המבטחת באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 30% מהתעריף לביטוח פרט וזאת כל עוד הפוליסה בין ארגון עובדי הבנק הבינלאומי הראשון והראל חברה לביטוח בע"מ בתוקף. וזאת תוך 90 יום ממועד הפרישה. פוליסות הפרט של הפורשים יוקמו במערכת תחת הסכם המסגרת הקיים והתוצאות העסקיות של פוליסות אלו יחושבו כחלק אינטגרלי מתוצאות תיק הקולקטיב.</p>

תנאים	סעיף	נושא
<p>ב) בתום ההסכם, יוכלו העובדים ובני משפחותיהם להמשיך להיות מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית בחברה המבטחת, ושהיקף הכיסוי בה, הקרוב ביותר להיקף הכיסוי בפוליסה זו, אך לא נופל ממנה בסעיפים הבאים: סכום הביטוח או תקרת תגמולי הביטוח, הגדרת מקרה הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח, קרי פוליסת ההמשך לא תפחת מהמפורט לעיל, מתנאים אלו הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית, בגין כיסויים אלו, אלא אם כן המבוטח ביקש כי תנאי פוליסת ההמשך, כאמור, יהיו נחותים יותר. התעריפים הינם התעריפים שהיו קיימים אצל החברה המבטחת באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 30% מהתעריף לביטוח פרט, עד תום תקופת ההסכם הנוכחי, אך בכל מקרה לתקופה שלא תפחת מ-5 שנים ו-10% מתום תקופת ההנחה הנ"ל ואילך, לכל החיים. פורשים אשר ירכשו ביטוח פרטי לניתוחים אצל החברה המבטחת, יהיו זכאים לכיסוי עפ"י פרק ה' לפוליסה- טיפולים מחליפי ניתוח. הזכאות לכיסוי תהיה לתקופה של שנתיים וללא כל תוספת פרמיה.</p> <p>במקרים המפורטים בסעיפים א' ו-ב' לעיל החברה המבטחת תפנה לכל מבוטח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 90 ימים. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.</p>		
ההסכם הינו לתקופה של חמש שנים.	תנאים לחידוש אוטומטי	
אין.	תקופת אכשרה	
<p>בפרק ז' סעיף 1.2.1 בכיסוי לאובדן כושר עבודה תהיה תקופת המתנה של 3 חודשים.</p> <p>בפרק יד' סעיף 3 בכיסוי לביטוח סיעודי - בגין מקרה ביטוח כתוצאה ממחלה תקופת ההמתנה היא בת 30 יום ובגין מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה תקופת ההמתנה היא בת 60 יום.</p>	תקופת המתנה	

נושא	סעיף	תנאים
	השתתפות עצמית	<p>פרק ב' - שיפוי בגין גילוי מחלה קשה, סעיף 4.1, השתתפות עצמית בגובה 20%.</p> <p>פרק ג' - ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים, סעיף 1.3.22, הפריית מבחנה - השתתפות עצמית בגובה של 20%.</p> <p>פרק ג' - ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים, סעיף 1.3.21 א, בדיקות אבחנתיות ללא קשר לצורך בניתוח - השתתפות עצמית בגובה של 20%.</p> <p>פרק ג' - ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים, סעיף 1.3.21 ב, בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה, טיפולים/ייעוצים אונקולוגיים, אבחון בעיות התפתחות ילדים/ליקויי למידה - השתתפות עצמית בגובה של 20%. בגין טיפול בבעיות התפתחות בילדים תהא השתתפות עצמית בשיעור 75% מעלות הטיפול ולא יותר מ - 120 ₪ לטיפול.</p> <p>פרק ה' - ביטוח כיסוי עלות חוות דעת נוספת בחו"ל - השתתפות עצמית בגובה של 20%.</p> <p>פרק י' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, סעיפים 2.5.2, 2.5.3 - השתתפות עצמית בגובה של 150 ₪ לחודש, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד. עבור כל מרשם נוסף אחר, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.</p> <p>פרק ט"ז - כתב שירות מרכז פרטי לאבחון רפואי מהיר - עבור שיחה טלפונית עם רופא תהא השתתפות עצמית בסך 100 ₪. עבור אבחון בסיסי תהא השתתפות עצמית בסך 180 ₪. עבור אבחון מקיף תהא השתתפות עצמית בסך 500 ₪ במצטבר. עבור אבחון גינקולוגי תהא השתתפות עצמית בסך 300 ₪ עבור אבחון בסיסי, ועבור אבחון מקיף השתתפות עצמית בסך של 700 ₪. עבור בדיקות לילד עד גיל 14 תהא השתתפות עצמית בסך של 150 ₪. בגין אשפוז בחדר פרטי אצל ספק השירות במהלך בדיקות אבחון או לאחר ניתוח תהא השתתפות עצמית בגובה 20% מההוצאה בפועל ולא יותר מסך השתתפות עצמית של 200 ₪ ליום.</p>
שינוי תנאים	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	במידה וישודרג הביטוחים המשלימים בקופות החולים ו/או אם יחולו שינויים בחוק הבריאות ו/או בסל שירותי הבריאות על פי חוק הבריאות, רשאי בעל הפוליסה להתאים / להרחיב / לשנות / לשדרג את הכיסוי בפוליסה כתוצאה משינויים אלו.

נושא	סעיף	תנאים																
פרמיות	גובה הפרמיה בגין ביטוח הבריאות והסיעוד	<p>תוכנית א' לעובד - 182.48 ₪ (סכום ברוטו כולל סבסוד הבנק)</p> <p>תוכנית ב' לבן/ת זוג וכל הילדים עד גיל 30 / ילד בוגר מעל גיל 30 - 32.66 ₪</p> <p>תוכנית ג' לבן/ת הזוג וכל הילדים עד גיל 30 / ילד בוגר מעל גיל 30 - 52.76 ₪</p> <p>תוכנית ד' לבן/ת הזוג וכל הילדים עד גיל 30 / ילד בוגר מעל גיל 30 - 104.07 ₪</p> <p>דמי ביטוח בגין הרחבה וולונטרית של הביטוח הסיעודי ביחידות של 2500 ₪ לכל החיים:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>דמי ביטוח חודשיים</th> <th>גיל</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ללא פרמיה</td> <td>0-20</td> </tr> <tr> <td>4.22</td> <td>21-30</td> </tr> <tr> <td>6.8</td> <td>31-50</td> </tr> <tr> <td>22.71</td> <td>51-55</td> </tr> <tr> <td>35.94</td> <td>56-60</td> </tr> <tr> <td>42.21</td> <td>61+65</td> </tr> <tr> <td>147</td> <td>+65</td> </tr> </tbody> </table>	דמי ביטוח חודשיים	גיל	ללא פרמיה	0-20	4.22	21-30	6.8	31-50	22.71	51-55	35.94	56-60	42.21	61+65	147	+65
		דמי ביטוח חודשיים	גיל															
ללא פרמיה	0-20																	
4.22	21-30																	
6.8	31-50																	
22.71	51-55																	
35.94	56-60																	
42.21	61+65																	
147	+65																	
מבנה הפרמיה	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	<p>פרמיה משתנה, כמפורט לעיל.</p> <p>הפרמיה צמודה למדד, שפורסם ב-15 למאי 2015 12268 נקודות. בני משפחה אשר יבחרו שלא להצטרף ל"תכנית ב'", יוכלו לעשות זאת בהודעה בכתב לחברת הביטוח ולוועד העובדים. ביטל בן משפחה את הביטוח וטרם חלפו 3 חודשים ממועד תחילת הביטוח שלו ולא תבע תשלום תגמולי ביטוח, חברת הביטוח תחזיר את דמי הביטוח למפרע מהיום הראשון לביטוח.</p>																
תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	<p>אין החזר פרמיה במקרה של ביטול הפוליסה למעט המקרה המפורט תנאי ההצטרפות בחוברת בעמוד 6.</p>																
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	<p>1. אם המוטבים ו/או בעל הפוליסה ו/או המבוטח אינו/ם משלמים או לא שילמו את הפרמיה כסדרה (על פי חוק הביטוח). הביטול יתבצע לאחר מתן התראות לבעל הפוליסה ו/או המבוטח כמתחייב עפ"י חוק חוזה ביטוח.</p> <p>2. אם העלים המוטב ו/או בעל הפוליסה מהחברה עובדה מהותית, שידיעתה הייתה גורמת לחברה שלא לקבלו לביטוח (על פי חוק חוזה הביטוח 1981).</p>																

נושא	סעיף	תנאים
חריגים	<p>החריגה בגין מצב רפואי קיים</p>	<p>חריג זה חל אך ורק על בני/ות זוג וילדיהם עד גיל 30 שלא היו מבוטחים ב"תוכנית ג" ו/או ב"תוכנית ד" בביטוח הקודם והצטרפו במהלך תקופת המבצע ב-90 הימים הראשונים לזכאותם בלבד. (בהתאם לסעיף ו' בתנאי ההצטרפות לעיל)</p> <p>הוראות למצב רפואי קודם התשס"ד 2004 חוזר ביטוח מספר 1487-2004</p> <p>"מצב רפואי קודם": מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה, לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.</p> <p>"סייג בשל מצב רפואי קודם": סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את החברה המבטחת מחבותה, או המפחית את חבות החברה המבטחת או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.</p> <p>תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם: סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח הוא-</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח. 2. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
סייגים לחבות המבטחת		<p>שיפוי בגין גילוי מחלה קשה - פרק ב' סעיף 5. ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים - פרק ג' סעיף 3. פיצוי במקרה של אובדן כושר העבודה - פרק ז' סעיף 1.2.3. מוות - פרק ח' סעיף 3. ניתוחים בחו"ל - פרק ט' סעיף 1.10. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק י' סעיף 2.8. השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל - פרקים יא' 1, יא' 2 סעיף 1.6. טיפולים מחליפי ניתוח - פרק יב' סעיף 4.</p>

נושא	סעיף	תנאים																
תוספת לביטוח סיעוד	הגדרת מקרה ביטוח	<p>אירוע א. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או של לפחות 2 מתוך 6 הפעולות הבאות ובתנאי מפורש שאחת מהן היא לשלוט על הסוגרים.</p> <p>1. לקום ולשכב, 2. להתלבש ולהתפשט, 3. להתרחץ, 4. לאכול ולשתות, 5. לשלוט על הסוגרים, 6. ניידות.</p> <p>אירוע ב. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב אשר עקב "תשישות נפש" שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המוטב וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן על פי קביעת רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.</p>																
		לכל החיים.																
	משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח																	
	סוג תגמולי הביטוח	פיצוי																
	סכום הביטוח	פיצוי חודשי של 2,500 ₪ למוטב הנמצא במצב מזכה.																
	תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית	אין הפרדה																
	שחרור מתשלום פרמיה	קיים																
סקאלת הפרמיה		<table border="1"> <thead> <tr> <th>גיל</th> <th>דמי ביטוח חודשיים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-20</td> <td>ללא פרמיה</td> </tr> <tr> <td>21-30</td> <td>4.22</td> </tr> <tr> <td>31-50</td> <td>6.8</td> </tr> <tr> <td>51-55</td> <td>22.71</td> </tr> <tr> <td>56-60</td> <td>35.94</td> </tr> <tr> <td>61-65</td> <td>42.21</td> </tr> <tr> <td>65+</td> <td>147</td> </tr> </tbody> </table>	גיל	דמי ביטוח חודשיים	0-20	ללא פרמיה	21-30	4.22	31-50	6.8	51-55	22.71	56-60	35.94	61-65	42.21	65+	147
		גיל	דמי ביטוח חודשיים															
		0-20	ללא פרמיה															
		21-30	4.22															
		31-50	6.8															
		51-55	22.71															
		56-60	35.94															
		61-65	42.21															
65+	147																	
הפרמיה משתנה לפי גיל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.																		
זכויות המבוטח בגין העלאת פרמיה	אין																	
ערך מסולק	אין																	

נושא	סעיף	תנאים
	תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח	אין
	קיצוז תגמולים מביטוחים אחרים	אין קיצוז עם ביטוחים סיעודיים אחרים כגון: ביטוח לאומי, ביטוחים משלימים של קופ"ח וביטוחים מסחריים אחרים.

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

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

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

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס הא/ו השב"ן: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
שיפוי בגין גילוי מחלה קשה					
תקרת תגמולי הביטוח	שיפוי המבוטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 30,000 ש"ח עבור הוצאות רפואיות אותן שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
ניתוחים ושירותים רפואיים בארץ					
הניתוחים המכוסים	כל הניתוחים.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
כיסוי עבור ניתוחים בארץ	בארץ - כמפורט לעיל.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם החברה	קיים (עד לתקרת הסכום המשולם למנתח שבהסכם ולא פחות מתקרת הסכום עפ"י שר"פ הדסה).	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
פיצוי בגין ניתוח בבי"ח ציבורי או פרטי	פיצוי בגובה 50% מההוצאות הנחסכות למבטח. סכום הקבוע והמפורסם באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il , בגין ניתוח שבוצע	פיצוי	לא	ביטוח תחליפי	לא
חות דעת נוספת בחו"ל					
תגמולי הביטוח	החזר של עד \$ 1,800 ובהשתתפות עצמית של 20%.	שיפוי	לא	ביטוח תחליפי	כן

נכות ואובדן כושר עבודה	
דברי הסבר	סעיפים לפירוט
<p>נכות מתאונה - סך של 160,190 ₪ או החלק היחסי מסכום זה בהתאם לשיעור נכותו.</p> <p>נכות מלאה ומוחלטת ממחלה - סך 160,190 ₪. סכום ששולם על פי סעיף זה לא ינוכה מסכום הביטוח למקרה מוות.</p> <p>פיצוי במקרה של נכות תאונתית בעת חופשה לילדי המבוטח עד גיל 21 המשרתים בצה"ל - לחיילים בחופשה שאינה מכוסה ע"י צה"ל או משרד הביטחון, יהיו זכאים לתגמולי ביטוח בסך 256,618 ₪ או החלק היחסי מסכום זה בהתאם לשיעור נכותם.</p> <p>אובדן כושר עבודה - סך של 2,163 ₪ למשך עד 3 שנים, לאחר תקופת המתנה של 3 חודשים. אם אושפז המבוטח בבית חולים, ישולם לו פיצוי נוסף על האמור לעיל בגובה 2,163 ₪ לחודש, במשך כל תקופת האשפוז ולא יותר מ- 6 חודשים.</p>	<p>תגמולי הביטוח</p>
קיום כיסוי לזמן מילואים ו/או עקב פעולת טרור	אין מגבלה.
שחרור מתשלום פרמיה	אין.
קיצוז או השתתפות עצמית בתשלומי הביטוח	אין קיצוז.
פיצוי אובדן כושר עבודה חלקי	כמפורט לעיל.
קביעת נכות צמיתה	אין מגבלה.
אופן קביעת אחוז הנכות	קביעת שיעור נכות ע"י המוסד לביטוח לאומי תחייב את המבטח. בכל מקרה אחר תחול טבלת הנכויות של המ.ל.ל. לגבי קביעת שיעור הנכות.

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
מוות					
תגמולי הביטוח	יורשי המוטב יהיו זכאים לתגמולי ביטוח בסך 256,618 ₪ במקרה של מוות מסיבה כלשהי. במקרה של מוות הנגרם עקב אירוע תאונתי, יהיו יורשי המבוטח זכאים לתגמולי ביטוח בסך 417,032 ₪.	פיצוי	לא	ביטוח תחליפי	כן
	פיצוי במקרה מוות מתאונה בעת חופשה לילדי המבוטח עד גיל 21 המשרתים בצה"ל- סך 31,992 ₪.				

ניתוחים בחו"ל					
תגמולי הביטוח	כיסוי מלא לניתוח בחו"ל. הכיסוי כולל בין היתר נסיעות והוצאות של מלווים הכרוכות בניתוח (בניתוח שתקופת האשפוז מעל 10 ימים), הטסה רפואית, הטסת גופה.	שיפוי	קביעת הזכאות הינה ע"י רופא רלוונטי מטעם המבוטח	ביטוח מוסף	כן
תרופות מיוחדות					
תרופות הנכללות בכיסוי	כיסוי בגין כל תרופה שאינה רשומה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או ב.פן. לא תוחרג או יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.			ביטוח מוסף	
	<p>כמו כן כל תרופה הרשומה בסל שירותי הבריאות שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל התרופות כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח הדורש טיפול בתרופה זו בתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או ב.פן. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.</p> <p>תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL</p> <p>תכוסה כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות שפורטו לעיל, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהמקרים המפורטים בפרק התרופות בפוליסה.</p>				

כן	ביטוח מוסף	לא	שיפוי	עד 1,000,000 ש"ח, לאחר מיצוי כל הסכום, יינתן סכום ביטוח נוסף של 500,000 ש"ח.	תקרת הכיסוי - סכום ביטוח מירבי לכל תקופת הביטוח
	ביטוח מוסף			150 ש"ח למרשם לחודש ולכל היות עבור 2 מרשמים בהם השתמש באותו מועד.	השתתפות עצמית למרשם
השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
כן	ביטוח תחליפי	לא. קביעת הזכאות הנה ע"י רופא רלוונטי מטעם המבוטח.	שיפוי/פיצוי	מסלול 1 - כיסוי מלא. החזר הוצאות של 670,000 ש"ח להוצאות נלוות להשתלה כמפורט בפוליסה. אם בחר המבוטח לעבור השתלה בחו"ל, למעט השתלת כליה, ללא השתתפות החברה המבטחת יהיה המבוטח זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה 70,000 \$, לאחר ביצוע ההשתלה ובכפוף לחוק ההשתלות. המבוטח יבחר בין אפשרות הכיסוי המלא לאפשרות הפיצוי.	תקרת תגמולי הביטוח להשתלות *הזכאות לכיסוי להשתלות כליה הינה ע"פ מסלול 1 או מסלול 2 עפ"י שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח.
לא			פיצוי	מסלול 2 - פיצוי בעד השתלת כליה: כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת כליה. תשלום פיצוי בעד השתלת כליה, ייעשה בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל המעיד על רישומו של המבוטח, ובטרם ביצע ההשתלה. סכום הביטוח הינו 70,000 \$.	
לא	ביטוח חליפי	לא	פיצוי	בגובה 5700 ש"ח לחודש למשך 24 חודשים.	גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה
כן	ביטוח תחליפי	לא	שיפוי	220,000 \$ כולל כיסוי הוצאות נלוות + 20% נוספים מסכום הביטוח אם התשלומים היו בישראל.	תקרת תגמולי הביטוח לטיפולים מיוחדים בחו"ל

טיפולים מחליפי ניתוח					
כן	ביטוח מוסף	לא	שיפוי	עד 165,000 ש"ח בגין: א. שכר נותן הטיפול החלופי. ב. הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי. ג. הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים. ד. הוצאות אשפוז בבית החולים.	טכנולוגיה מחליפת ניתוח
ביטוח חיים					
כן	ביטוח תחליפי	לא	פיצוי	סכום הביטוח למקרה מוות הינו 107,200 ש"ח	תגמולי הביטוח

נכון למדד 11209 נקודות שפורסם ב- 15.7.2009.

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

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

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

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים בהסכם החתום בין הצדדים.

נספח א': פוליסת בריאות קולקטיבית לעובדי הבנק הבינלאומי הראשון לישראל ובני משפחותיהם

פרק א': תנאים כלליים

1. מבוא:
תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן תבטח החברה המבטחת בפוליסה קולקטיבית את המבוטח, תפצה ו/או תשפה ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה המבטחת לא יעלה על סכום הביטוח, הכול בכפוף וכאמור בפוליסה זו.

2. הגדרות:

2.1 בהסכם זה יהיו, למונחים שלהלן הפירוש שלצידם:

1. "החברה המבטחת": הראל חברה לביטוח בע"מ

2. "בעל הפוליסה": הבנק הבינלאומי הראשון

3. המבוטחים הינם:

3.1 "מבוטח"

3.1.1 **"עובד / מבוטח קיים"**: עובדי בעל הפוליסה חברי הארגון וכן עובדי בנק עצמאות, פאג"י ומתף, בני/ות זוג (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) וילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים (שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד בוגר), אשר מופיעים או יופיעו ברשימת המבוטחים שבידי החברה המבטחת, כפי שנמסר לה או אושר לה ע"י בעל הפוליסה, ואשר במועד תחילת הביטוח היו מבוטחים בפוליסה הקודמת כהגדרתה בסעיף 3.2 להלן. וכן מי שמימש את זכאותו מכורח המכתב מהראל מ-10.07.08 המשך פוליסות הבריאות לפורשי הבנק הבינלאומי. ובכפוף למצוין בסעיף 3.3 להלן.

3.1.2 **"עובד / מבוטח חדש = עובד חדש, בן/ת זוג וילדיהם"**: עובדי בעל הפוליסה חברי הארגון וכן עובדי בנק עצמאות, פאג"י ומתף, בן/ת זוג (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) וילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים (שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד בוגר) ואשר במועד תחילת הביטוח לא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת כהגדרתה בסעיף 3.2 להלן. ובכפוף למצוין בסעיף 3.3 להלן.

3.2 "פוליסה קודמת" / "ביטוח מקורי"

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 28.4.1998 ואשר חודשה ביום 1.2.2006, אשר התנהלה בהראל חברה לביטוח בע"מ.

3.3 למען הסר ספק יצוין כי כל המבוטחים שבוטחו במסגרת פוליסת הבריאות של עובדי הבנק הבינלאומי הראשון לישראל ובני משפחותיהם, אשר התנהלה בהראל חברה לביטוח בע"מ, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 28.4.1998 ואשר חודשה ביום 1.2.2006 (להלן: "הפוליסה הקודמת" / "ביטוח מקורי"), וכפי שמפורטים בסעיף 3.1.1 לרבות המופיע בסעיף 3.1.2, וכן כל המבוטחים שבוטחו בביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי EDS ובני משפחותיהם שהתנהל בכלל חברה לביטוח בע"מ ותחילתו ביום 1.5.2005, יצורפו לביטוח באופן גורף ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופות הביטוח הקודמות.

4. **"המועד הקובע":** 01.08.09.
5. **"פרמיה":** דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.
6. **"תקופת המתנה":** תקופה המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה ואשר במהלכה לא תהא על החברה המבטחת החובה לשלם למבוטח תגמולי ביטוח - חל רק על פרק הסיעוד.
7. **"המדד היסודי":** מדד שפורסם ביום 15 ליולי 2009. מדד 11,209 נקודות. כל סכומי הביטוח והפרמיות בפוליסה ובהסכם צמודים למדד זה.
8. **"מנתח / מרדים שבהסכם":** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה - מנתח הנמצא בהסכם עם החברה המבטחת במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח.
9. **"מנתח / מרדים אחר":** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה - מנתח ולחברה המבטחת אין הסכם התקשרות עימו לצורך ביצוע ניתוחים למבוטחים.
10. **"בית חולים שבהסכם":** מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים כולל מסלולי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים (שר"פ/שר"ן) ואשר לחברה המבטחת הסכם התקשרות עימו לצורך ביצוע ניתוחים למבוטחים.
11. **"בית חולים אחר":** מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים כולל מסלולי הרפואה הפרטיים בבית החולים הציבוריים (שר"פ/שר"ן) ואשר לחברה המבטחת אין הסכם התקשרות עימו לצורך ביצוע ניתוחים למבוטחים.
12. **"סכום ביטוח":** הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח.
13. **"חוק הבריאות":** חוק בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994.
14. **"קופת חולים":** כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
15. **"שירותי בריאות נוספים (שב"נ):** תוכנית למתן שרותי 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. וכאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובצו לפי סעיף 8 (ז) לחוק האמור.

16. **"ישראל":** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
17. **"חול":** כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינת אויב.
18. **"בית חולים":** מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
19. **"בית חולים פרטי":** בית חולים כמוגדר לעיל המורשה ע"י משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
20. **"השתתפות עצמית":** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י הפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
21. **"אח/ות פרטי":** אחות או אח פרטי בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות.
22. **"שב"נ":** שירותי בריאות נוספים של קופות החולים.
23. **"אשפוז":** שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, לרבות תרופות ובדיקות הקשורות לניתוח / טיפול רפואי שבוצע.
24. **"יום אשפוז":** יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.
25. **"שנת ביטוח":** תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כמוגדר בסעיף 4 לעיל.
26. **"תאריך הצטרפות":** התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה, כפי שהופיע בקובץ נתוני המבוטחים שהועבר לחברה המבטחת.
27. כל חוזרי המפקח המצורפים חלים על הסכם ופוליסה זו - אך הינם תנאי מינימום - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים. קרי, החברה מתחייבת כי ההגדרות בפוליסה זו לרבות התייחסות לחוזרי המפקח הבאים שמספרם: **2004-1487, 2004-20, 2004-12, 2007-1, 2004-11, 2003/9, 2008-1-6, 2009-1-1** נוסחו בפרקים הרלוונטיים באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזרי הביטוח שפורטו להלן. ולא ייעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה.
28. **"כפל ביטוח":** היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, יהיה אחראי המבטח, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא הסכום, עד לגובה תקרת תגמולי הביטוח הקבועה בפוליסה הקבוצתית.
29. **הוראות למצב רפואי קודם התשס"ד 2004 חוזר ביטוח מספר 1487-2004 ובכפוף לאמור בסעיף 27 (חל רק על העונים על סעיף ו' בתנאי ההצטרפות שלעיל):**
29.1 **"מצב רפואי קודם":** מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה, לעניין זה, "אובחנו במבוטח"

- בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

29.2 **"סייג בשל מצב רפואי קודם"**: סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את החברה המבטחת מחבותה, או המפחית את חבות החברה המבטחת או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

29.3 **תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם**: סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח הוא-

1. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

2. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

30. הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות - חוזר ביטוח מס' 20-2004 ובכפוף לאמור בסעיף 27:

הגדרת אירועים רפואיים: אירועים רפואיים המכוסים בפוליסת הביטוח, יוגדרו על פי הסטנדרטים המינימאליים כמפורט להלן. ולעולם מה שגובר זה המופיע בפרק הרלוונטי והמטיב עם המבוטחים.

30.1 **ניתוח**: הנוסח המטיב מופיע בפרק א' סעיף 1.2 פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החוזרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח.

לרבות פעולות פולשניות אך לא רק, וכולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, לרבות צנתור וירטואלי, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

30.2 **השתלה**: הנוסח המטיב מופיע בפרק ב' (1) סעיף 1.1 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, או השתלה של מח עצמות.

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

30.3 **שתל** - **תותבת**: לרבות המופיע בפרק א' סעיף 1.3.8 כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח.

30.4 **בדיקות רפואיות אבחנתיות**: לרבות המופיע בפרק ה' סעיף 1.2 בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I), מיפוי PET, וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

31. חוזר המפקח על הביטוח לנושא ביטוח תרופות שמספרו 12-1-2007. וכן הבהרה - חוזר ביטוח 6-1-2008 - מתן כיסוי לתרופות במסגרת הכיסוי לביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים - והכל בכפוף לאמור בסעיף 27

1. בתכניות לביטוח תרופות יעשה המבטח שימוש בהגדרות המינימאליות המפורטות להלן:

א. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.

לעניין זה, מבטח יהיה רשאי לדרוש בפוליסה כי המרשם יינתן בידי רופא בית חולים או בידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח. דרישה כאמור יכול שתיעשה בתחילת הטיפול ובמועד שלא יפחת מאחת לשלושה חודשים במהלך הטיפול.

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

2. **הוראות בדבר הכיסוי הביטוחי**
על תכניות לביטוח תרופות יחולו ההוראות הבאות:

א. **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות**
מבטח יכסה בתכנית לביטוח תרופות כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (להלן - **המדינות המוכרות**): ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

ב. **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות**
מבטח יכסה בתכנית לביטוח תרופות כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית. מבטח רשאי להגביל את הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה להתוויה שאושרה בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.

ג. **תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת כ- OFF LABEL**
מבטח יכסה בתכנית לביטוח תרופות כל תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה- FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug Information

3. US Pharmacopoeia-Drug Information

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

1. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa.

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

3. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa.

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

1. NCCN

2. ASCO

3. NICE

4. ESMO Minimal Recommendation

6. יובהר כדלקמן:

כיסוי ביטוחי המקנה שיפוי בגין ביצוע הפרוצדורות: ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים, בארץ או בחו"ל, כולל, בין היתר, כיסוי לתרופות, לרבות כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע הפרוצדורות, לרבות במהלך אשפוז הנלווה לביצוען, ועל פי קביעתו של הרופא המבצע.

לעניין זה, "סל שירותי הבריאות" – כאמור בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

32. ברות ביטוח – ביטוח המשך ללא חיתום – חוזר המפקח על הביטוח מס' 2004/11: ובכפוף לאמור בסעיף 27

1.

א. החברה המבטחת בביטוח סיעודי קבוצתי חייבת, במקרים המפורטים בסעיף קטן ב' להלן, להעניק למבוטח שהיה מבוטח במסגרת הפוליסה הקבוצתית ברצף במשך שלוש שנים לפחות לפני מועד הפסקת הביטוח, אפשרות מעבר לפוליסת פרט לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן – **פוליסת המשך**) שלהלן תנאיה:

1. דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל החברה המבטחת בפוליסה דומה.

2. סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת המשך, יהיו על פי הקבוע למבוטח בפוליסה לביטוח הסיעודי הקבוצתי שברשותו.

3. המעבר יהיה תוך מתן רצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה.

ב. המעבר לפוליסת המשך יינתן במקרים המפורטים להלן ובתנאים הקבועים לצידם, וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח על פי הפוליסה הקבוצתית הקיימת:

1. הפסקת הביטוח הקבוצתי מפאת עזיבה של מבוטח את קבוצת המבוטחים במקרה של פרישה לגמלאות, עזיבת מקום העבודה (לרבות פיטורין)

או עזיבת הארגון, מעבר לקופת חולים אחרת או ביטול השב"ן על ידי המבוטח, או סיום תקופת הביטוח למבוטח מסוים. אפשרות המעבר לפוליסת ההמשך תינתן למבוטח תוך 60 יום ממועד הפסקת הביטוח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

2. גירושין או פטירה שבגינם אחד מבני הזוג מאבד את זכאותו בפוליסה. אפשרות המעבר לפוליסת ההמשך תינתן למבוטח תוך 60 יום ממועד האירוע. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

3. פוליסת הביטוח הקבוצתית אינה מתחדשת בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים, או שהפוליסה אינה מתחדשת לגבי חלק מהמבוטחים. במקרה כזה תפנה החברה המבטחת בכתב לכל מבוטח (או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם), ויציע למבוטח את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 60 יום ממועד הודעת החברה המבטחת. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. המעבר לפוליסת ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת ההמשך לא חודש למבוטח הביטוח הקבוצתי אצל מבטח אחר.

אם חל בתקופת הפוליסה הקבוצתית האחרונה שינוי חקיקה, המעניק למבוטחים כיסוי סיעודי הדומה לכיסוי הקיים בפוליסת הביטוח הקבוצתי, תינתן פוליסת ההמשך כיסוי ביטוחי בעד הכיסוי שניתן בפוליסת הביטוח הקבוצתי שאינו ניתן מכוח החוק.

ג. מבוטח יהיה רשאי לרכוש במסגרת פוליסת ההמשך תגמולי ביטוח מופחתים.

ד. ההוראות המפורטות לעיל יתווספו לתנאי הפוליסה.

ה. חברה מבטחת תציין בצמוד לסעיף "המשכיות" בפרוט המידע הניתן למבוטח בהתאם להוראות חוזר "גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי" (2002/3), כי ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

2. **תגמולי ביטוח בבית המבוטח**

פוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי תכלול אפשרות לתגמולי ביטוח עבור טיפול סיעודי בבית המבוטח. תגמולי הביטוח בבית יהיו בסכום מוסכם (פיצוי בלבד) או בדרך של מתן שירות בפועל על ידי החברה המבטחת על פי התנאים הקבועים בפוליסה.

3. **שחרור מתשלום פרמיה**

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

4. **איסור על התניה על כיסוי לביטוח סיעודי**

מבטח לא יתנה ביטול של כיסוי ביטוחי כלשהו בביטול של כיסוי לביטוח סיעודי קבוצתי, כלומר פוליסה לביטוח סיעודי תתבטל על ידי המבוטח רק אם ביקש לבטל את הכיסוי הסיעודי.

33. הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי – חוזר המפקח על הביטוח מס'

2003/9 ובכפוף לאמור בסעיף 27:

מקרה הביטוח יוגדר על פי הסטנדרטים המינימאליים שבסעיף זה. מבטח רשאי להציג גם שיטות אחרות לקביעת הזכאות למקרה הביטוח ובלבד שקיבל לכך מראש את אישור המפקח.

מקרה הביטוח יוגדר כאחד משני האירועים הבאים לפחות:

א. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות X מתוך 6 הפעולות הבאות:

1. **לקום ולשכב:** יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לשיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.

2. **להתלבש ולהתפשט:** יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.

3. **להתרחץ:** יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.

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

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

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

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

מקרה הביטוח

א. מקרה ביטוח הנובע ממצב של אי יכולת לבצע 3 מתוך 6 פעולות, יזכה את המבוטח בלא פחות מ - 50% מתגמול הביטוח החודשי.

ב. מקרה ביטוח הנובע ממצב של "תשישות נפש" יזכה את המבוטח ב - 100% מתגמול הביטוח החודשי.

34. טיוטת תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) התשס"ט - 2009 - סעיף 8 המשכיות - ובכפוף לאמור בסעיף 27

א. במקרים המפורטים בתקנת משנה (ב), חייב המבטח להעניק למבוטח שהיה מבוטח אצלו במסגרת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי (בתקנת משנה זו - הפוליסה הקבוצתית), אפשרות מעבר לפוליסת פרט לביטוח בריאות (בתקנת משנה זו - פוליסת ההמשך), בתנאים אלה:

1. במעבר לפוליסת ההמשך יינתן רצף ביטוחי בלא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה;

2. דמי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח בפוליסה דומה;

3. תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה לפחות עד הגיע המבוטח לגיל תום תקופת הביטוח הקבועה בפוליסה הקבוצתית;

סכום הביטוח או תקרת תגמולי הביטוח, הגדרת מקרה הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יפחתו מאלו הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית שברשותו, אלא אם כן המבוטח ביקש כי תנאי פוליסת ההמשך כאמור בפסקת משנה זו, יהיו נחותים יותר; ואולם, אם קיים במועד המעבר לפוליסת ההמשך כיסוי בסל שירותי הבריאות הדומה לכיסוי הקבוע בפוליסה הקבוצתית, בעקבות הרחבה של סל שירותי הבריאות, שנעשתה בתקופת הפוליסה הקבוצתית האחרונה, לא תחול על המבטח החובה לכלול את הכיסוי האמור בפוליסת ההמשך.

ב. המעבר לפוליסת ההמשך יינתן למבוטח שהיה מבוטח ברציפות במסגרת הפוליסה הקבוצתית במשך שנה לפחות לפני מועד הפסקת הביטוח, בין אצל המבטח ובין אצל מבטח אחר, וזאת במקרים המפורטים להלן ובתנאים הקבועים להם, וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח על פי הפוליסה הקבוצתית הקיימת:

1. הפסקת הביטוח הקבוצתי בשל עזיבה של מבוטח את קבוצת המבוטחים מכל סיבה שהיא או סיום תקופת הביטוח של המבוטח;

2. הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים, או לגבי חלק מהמבוטחים;

3. פטירה שבשלה המבוטח מאבד את זכאותו בפוליסה הקבוצתית;

4. גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו בפוליסה הקבוצתית.

ג. במקרים המפורטים בתקנת משנה (ב)(1), (2) ו-(3) המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה פקעה לגביהם או אינה מתחדשת לגביהם, לפי העניין, ויזיע למבוטח את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת המבטח; תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

ד. במקרה המפורט בתקנת משנה (ב)(4) תינתן למבוטח שיפנה למבטח בתוך 90 יום ממועד הפסקת הביטוח אפשרות מעבר לפוליסת המשך; תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך יהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

35. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות ההסכם והפוליסה הקודמים לבין הוראות הסכם ופוליסה אלו, יפעלו הסתירות ו/או אי הבהירות ו/או דו משמעות לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה שהצטרף להסכם ולפוליסה זו, תוך הישענות על עיקרון כי ההסכם והפוליסה באו להוסיף על תנאי ההסכם והפוליסה הקודמים, ובמידה וקיימת לו פוליסה פרטית קודמת, ולהטיב את תנאי המוטבים שהצטרפו.

36. החברה המבטחת מתחייבת ליידע את בעל הפוליסה וכן מתחייבת להתאים את הפוליסה לכל הנחיה שפורסמה ותפורסם בעתיד על ידי המפקח על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר בנוגע לביטוחי בריאות ו/או סיעוד.

37. למבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית ו/או פוליסה קיבוצית, בטרם או במהלך, יישמר רצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופות אכשרה ו/או תקופות המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

פרק ב': שיפוי בגין גילוי מחלה קשה

כיסוי חדש החל מיום 1.9.2015

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

1. **מקרה הביטוח** גילוי אחד המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.

2. **מועד קרות מקרה הביטוח** הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3. להלן פירוט המחלות הקשות המבוטחות:

3.1 **אי ספיקת כליות סופנית – (end stage renal failure)**
חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להימודיאליזה או לדיאליזה תוך-צפקית (פריטונאלית) או לצורך בהשתלת כליות.

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

3.3 **אוטם חריף בשריר הלב – (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION)**
נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י הקריטריונים הבאים:

3.3.1 בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר.

או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.

3.3.2 בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 3.1.3.1 לעיל, האבחנה חייבת להיתמך על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

למען הסר ספק, מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

3.4 **שבץ מוחי (CVA)**
כל ארוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממוקד חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת ct או mri הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. **כל זאת להוציא T1A**

3.5 **סרטן (cancer)** נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה, מחלת הודג'קין וסרטן שד מסוג DCIS ובתנאי שהמחלה מצריכה טיפול כימותרפי ו/או הקרנות.

מקרה הביטוח אינו כולל:

3.5.1 גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של carcinoma in situ כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים. (למען הסר ספק גרורות לסרטן מקומי יכוסו).

3.5.2 מחלות עור מסוג:

3.5.2.1 Basal Cell Carcinoma - I Hyperkeratosis ;

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

3.5.3 מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה - AIDS ;

3.5.4 לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ 10,000 ul/ cell lymphocytes B ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי ;

3.6 **עיוורון (blindness)** איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.

3.7 **חירשות (deafness)** אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

4. סכום הביטוח

4.1 **בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה**, ישפה המבטח את המבוטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 30,000 ₪ עבור הוצאות רפואיות כמפורט להלן, אותם שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.

4.2 **הוצאות רפואיות עפ"י פרק זה יוגדרו -**

4.2.1 כל טיפול או שירות רפואי, שרותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, אביזרים רפואיים, מושתלים וחיצוניים, התייעצויות עם מומחים, אונקו טסט "ONCOTEST" בין היתר כמפורט בסעיף 4.2.2, בדיקות רפואיות והוצאות העברה באמבולנס לצורך קבלת הטיפולים.

בדיקות לאפיון והתאמת טיפול במחלת המפורטות בסעיף 3 לעיל, בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים.

כיסוי מלא לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה, בדיקות שמטרתן בין היתר:

- סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות, אך לא רק, סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול.
- סיוע בהתאמת טיפול תרופתי מותאם אישית - סיוע בהתאמת הטיפול התרופתי לשונות הגנטית של החולה, בדיקת יעילות הטיפול התרופתי, קביעת המינון המותאם לחולה במטרה לטפל בחולה באופן מהיר ומדויק, מניעת תופעות לוואי ו/או רעילות מהטיפול התרופתי וביצוע מעקב אחר תוצאות הטיפול התרופתי ויעילותו.
- איתור מקום הגידול.
- הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד.
- אבחון מוקדם.
- הערכת התקדמות עתידית של המחלה.
- בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.
- בדיקות גנטיות, לרבות בדיקות הנעשות על רקמה ביולוגית שמטרתן בין היתר, אך לא רק: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או מינון, סוג התרופה וכו'.

*** וכן כל הבדיקות שיורחבו בעתיד במעבדות השונות, ייכללו בכיסוי זה.**

5. הגבלת אחריות המבטח

לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח למבוטח במקרים הבאים: מקרה הביטוח אירע לפני 1.9.2015 ו/או מועד ההצטרפות של המבוטח לפוליסה.

פרק ג':

ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים:

1. הפוליסה תהא פוליסה לשיפוי מלא של המבוטח בגין הוצאותיו לכל הניתוחים בארץ ובחו"ל, ללא השתתפות עצמית של המבוטח עפ"י התנאים כדלקמן:

1.1 **מקרה הביטוח:** הינו הגדרת הניתוח הרצ"ב.

1.2 **הגדרת ניתוח:**

כל פעולה פולשנית חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר, אשר מטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, במסגרת זו ייראו כניתוח גם, אך לא רק, פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע ההדמיה המגנטית לפני ביצוע הניתוח, למען הסר ספק הבדיקה תכוסה ע"י החברה המבטחת גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), וכולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדומה, צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, צנתור, צנתור וירטואלי, קולונסקופיה, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה, מרה. כמו כן יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה באמצעות מערכת לתהודה מגנטית ו/או רפואה גרעינית וניתוח אלקטיבי בלייזר. למען הסר ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, לרבות טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו לעיל.

1.3 **תגמולי הביטוח:**

1.3.1 א. בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם, בבית חולים שבהסכם, לא תחול תקרת סכום לשיפוי.

ב. בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים אחר, בבית חולים אחר, תהיה תקרת השיפוי לפי הסכום שהיה משולם על ידי החברה המבטחת למנתח שבהסכם או לבית חולים שבהסכם, בגין אותו הניתוח או ניתוח דומה ולא פחות מתקרת הסכום על פי שר"פ הדסה, למען הסר ספק במידה וניתוח לא מופיע ברישימה כלשהי ההתייחסות תהייה לניתוח דומה.

1.3.2 **שירותי הסעה באמבולנס:**

החברה המבטחת תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבי"ח ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שירות אחר, עפ"י החלטת הפרמדיק שנמצא באמבולנס, עפ"י תקרת מד"א.

1.3.3 **התייעצות לפני ואחרי ניתוח:**

החברה המבטחת תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת עם מנתח לפני הניתוח ואחת אחרי הניתוח. העלות תשולם במלואה או המבטח ישפה את המבוטח בסכום זהה לסכום ששולם.

1.3.4 **חוו"ד נוספת של רופא מומחה לפני ניתוח:**

בנוסף לאמור, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין 80% מהוצאות חוו"ד רפואית נוספת לפני ניתוח אצל רופא שיבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, וזאת עד תקרה של 1,200 ש"ח.

* למען הסר ספק, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בהתאם לאמור בסעיף זה, גם במקרה שבעקבות התייעצות זו, יחליט המבוטח לא לבצע את הניתוח.

1.3.5 הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח:
החברה המבטחת תשלם למבוטח או לבי"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז והניתוח כולל אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ו/או ביחידות מקצועיות מכל סוג שהוא, או תחזיר הוצאות אלו למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע.

1.3.6 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:
החברה המבטחת תשלם ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה ע"י מומחה לפתולוגיה, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור בצירוף תצהיר של המבוטח, כמו כן תכוסה במלואה בדיקה פתולוגית נוספת בישראל או בחו"ל.

מובהר כי במידה ובוצע האמור בסעיף זה, והניתוח לא בוצע, סעיף זה יכוסה.

1.3.7 הוצאות במסגרת הניתוח והאשפוז ו/או לאחריו:
א. כיסוי מלא להוצאות בגין תרופות בבי"ח בעת הניתוח והאשפוז. כמו כן במידה ובית החולים, המחויב לממן זאת מכוח חוק בריאות ממלכתית, ולא יממן את ההוצאות הנ"ל, החברה המבטחת תשלם ההוצאות ותקבל ייפוי כוח מהמבוטח לתבוע את ביה"ח על הזכאות. ללא קשר לזכאות המבוטח מכורח פרק ב' לעיל.

ב. כיסוי הוצאות בדיקות אבחון ומעבדה בעת הניתוח והאשפוז ו/או לאחריו.

ג. כיסוי הוצאות טיפולים פיזיותראפיים וטיפולי שיקום- במשך 3 חודשים לאחר ביצוע ניתוח, יינתן כיסוי על פי הוראת רופא לטיפולים פיזיותראפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום עד 20 טיפולים למקרה ביטוח עד לסך 250 ש"ח לטיפול.

1.3.8 תותבת - אביזר מושתל:
הושתל במבוטח תותב כלשהו לרבות תומך ווסקולארי (סטנט) מכל סוג שהוא (להלן: "תותבת"), תשתתף החברה המבטחת בעלות התותבת הנ"ל עד לסך 50,000 ש"ח בלבד לשנת ביטוח, לרבות במקרה השתלת אביזרים רפואיים הבאים: קוצב לב ו/או מפרק ירך, השתלת עצמימי שמע מלאכותיים, דפיברילטור תוך גופי ועדשה סקלרית.

* למען הסר ספק, סעיף זה יחול גם שלא לצורך ניתוח ובתנאי שהאביזר מושתל או מורכב פיזית בגופו של המבוטח.

1.3.9 ביצוע ניתוח ללא מעורבות החברה המבטחת:
א. בחר המבוטח לבצע ניתוח המכוסה ע"פ פוליסה זו בבי"ח ציבורי או פרטי, ללא השתתפות החברה המבטחת, תשלם החברה המבטחת למבוטח פיצוי בגובה 50% מההוצאות הנחסכות לחברה המבטחת.

ב. מובהר כי למרות האמור בסעיף 1.3.9. המבוטח יהיה זכאי לתגמול ביטוח כאמור בסעיפים: 1.3.2, 1.3.3, 1.3.4, 1.3.6, 1.3.7, 1.3.8, 1.3.10, 1.3.13, 1.3.17, 1.3.18, 1.3.19.

1.3.10 **טופס התחייבות מטעם קופת חולים (טופס 17):**
מבוטח אשר עבר ניתוח שהוצאותיו כוסו ע"י החברה המבטחת, והמציא טופס התחייבות מקופ"ח לכיסוי חלק מהוצאות הניתוח, יהיה זכאי לתגמול בסך 50% מערכו של הטופס עפ"י מחירון משרד הבריאות.

1.3.11 **שכר אחות פרטי בעת, לפני ו/או לאחר הניתוח:**
החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות להעסקת אחות/פרטי, סכום של עד 750 ש"ח לכל יום אשפוז, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימי אשפוז. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור בצירוף תצהיר המבוטח, לחברה המבטחת.

1.3.12 **פיצוי חודשי לפיצוי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B:**
מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך בסך 50,000 ש"ח, ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 24 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הפוליסה הקודמת.

1.3.13 **ימי החלמה:**
בוצע במבוטח ניתוח לב או מח או גב, או אירוע לב או אירוע רפואי אחר המחייב החלמה (להלן: האירוע המזכה) תשתתף החברה המבטחת בהוצאות ההחלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע כאמור עד לסך של 800 ש"ח לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על שניים עשר (12) ימי החלמה, בבית החלמה מוכר, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע עפ"י שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי, בכפוף להצגת חשבוניות מקוריות או העתק נאמן למקור בצירוף תצהיר המבוטח.

1.3.14 **ביופסיות**
יכוסו ביופסיות שבוצעו באופן יזום ו/או ע"י הרופא המטפל ומכל סיבה שהיא, כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור בצירוף תצהיר המבוטח.

1.3.15 **בדיקות הדמיה כדוגמת U.S, C.T, PET או MRI המבוצעות במהלך האשפוז:**
בוצעה במבוטח בדיקת הדמיה במהלך אשפוז לקראת הניתוח ו/או במהלך הניתוח יהיה המבוטח זכאי לכיסוי מלוא ההוצאה עבור הבדיקות ללא תקרה.

1.3.16 **בדיקות הדמיה כדוגמת U.S, C.T, PET או MRI המבוצעות לקראת ניתוח ולשם ביצועו אך שלא במהלך אשפוז ו/או לאחר הניתוח:**
בוצעה במבוטח בדיקה הדמיה שלא במהלך האשפוז אך לצורך הניתוח ולשם ביצועו יהיה המבוטח זכאי לשיפוי בגין הוצאותיו עד 5500 ש"ח לבדיקות לשנת ביטוח.

ויהיה כי המבוטח יהיה זכאי לכיסוי עפ"י סעיף זה גם אם הוחלט לאחר מכן לא לבצע את הניתוח בפועל ובלבד שטרם ביצע הבדיקות נקבע כבר הצורך בניתוח והבדיקה בוצעה לצורך ביצועו.

1.3.17 **טיפול ע"י מקרופאגים**
טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת. כיסוי בעת שהייה בבי"ח ו/או בבית החלמה ו/או בבית, עד לסך של 10,000 ש"ח למקרה.

1.3.18 **השתתפות בהוצאות טלפון וטלוויזיה:**
בעת אשפוז בשל ניתוח של המבוטח (לא כולל הוצאות השיחות עצמן)
עד לתקרה של 1,500 ₪.

1.3.19 **עקירה כירורגית:**
החזר למבוטח עבור תשלומים שהמבוטח שילם לרופא שיניים עבור ביצוע
עקירה כירורגית של שן אשר בוצעה, עד לסך 330 ₪. עקירה כירורגית
פירושה עקירת שן אשר נפגעה פגיעה פריודנטלית או עששתית, ואשר
לא ניתן לטפל בה בטיפול משמר (טיפול שורש ו/או הארכת כותרת ו/או
או כריתת חוד השן ו/או המיסקציה או בטיפול משקם).

1.3.20 **מנוי בשח"ל:**
מבוטח שיעבור ניתוח לב, יהיה זכאי למינוי שח"ל למשך 12 חודשים
מיום הניתוח. היה המבוטח זכאי למנוי ממקור אחר, ישלים המבוטח
את דמי המנוי מגמר התקופה בה היו זכאים למנוי ע"י הגורם האחר
ועד לתום 12 החודשים האמורים.

המבוטח לצורך סעיף זה הינו העובד/ת וילדיו עד גיל 30. בן/בת הזוג
יכללו רק אם צורפו במפורש ושולמה עבורם פרמיה.

1.3.21 **א. בדיקות אבחנתיות:** ללא קשר לצורך בניתוח

בדיקות אבחנתיות כהגדרתן: בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות
דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה -
אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה
מגנטית (M.R.I), מיפוי CAPSULE WIRELESS, PET, CARDIO CT,
ENDOSCOPY, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI) וכל בדיקה
אחרת המבוצעת בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה
ידועה בעתיד הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או
לקביעת דרכי הטיפול בה.

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל
לצורך ביצוע הבדיקה ועד 5,500 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח.
סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של
10,000 ₪.

בדיקות דימות כגון:

CARDIO CT סריקה של הלב בסורק חדשני 64 פרוסות.

המאפשר אבחון מדויק ומהיר של הצרויות בעורקי הלב.

- מבלי להחזיר צנתר קולונוסקופיה רגילה ו/או וירטואלית.

חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה -

חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום לבעיה הספציפית
של הפענוח.

קפסולה למעיים - קפסולת וידאו לבדיקת המעיים הדקים Capsule
Wireless Endoscopy

positron emission tomography - C.T PET.

הדמיית בלוטות ממוחשבת לרבות מיפוי בלוטות לימפה.

תהודה מגנטית פונקציונלית - FMRI
(Functional Imaging Magnetic Resonance)

ב. בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה –

כיסוי מלא לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה כגון בדיקות שמטרתן בין היתר:

- סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול.
 - סיוע בהחלטה האם לעשות שימוש בתרופה וכן בקביעת המינון.
 - איתור מקום הגידול.
 - הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד.
 - אבחון מוקדם.
 - הערכת התקדמות עתידית של המחלה.
 - בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.
 - * וכן כל הבדיקות שיורחבו בעתיד במעבדות השונות, יכללו בכיסוי זה.
- אופן התשלום בגין הבדיקות –
החברה המבטחת תשלם 80% מההוצאה ועד תקרה של 25,000 ₪ ישירות למעבדה או תשלם למבוטח כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור בצירוף תצהיר המבוטח.

1.3.22 הפריית מבחנה:

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין הפריית מבחנה שנעשתה ועד לסך של 14,000 ₪ לכל ילד, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

בנוסף עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו במבוטחת בחו"ל – השתתפות החברה המבטחת תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 20,000 ₪. המבוטחת תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל לרבות טיפול הכולל השתלת ביציות, בכל תקופת הביטוח.

1.3.23 – 1.3.26 כיסויי חדשים החל מ – 1.9.2015

1.3.23 בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון –

מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטיניים ו/או גנים של מחלות אחרות.

החברה תשלם 80% מההוצאות שנשא המבוטח בפועל ועד 3,000 ₪.

1.3.24 טיפולים/ייעוצים אונקולוגיים –

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין הוצאות בהן נשא בפועל עבור ייעוצים אונקולוגיים ו/או טיפולים אונקולוגיים כגון, אך לא רק: טיפולי רדיותרפיה, ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרו מגנטיים, וזאת עד 50,000 ₪ לכל שנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.3.25 אבחון בעיות התפתחות ילדים/ליקויי למידה –

ילד שהנו מבוטח יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי ו/או מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA, BRC, MOXO ומבחנים / מבדקים עד לסכום בסך 1,500 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. הזכאות

היא אחת לתקופת ביטוח ולאחר מיצוי הזכאות בביטוח המשלים (שב"ן) אליו משתייך המבוטח.
* תקרת ההחזר שתשלם למבוטח הינה בניכוי ההחזר שיוחזר במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן).

1.3.26 טיפול בבעיות התפתחות בילדים:

החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות בילד אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה להתפתחות הילד מטעם המבוטח, אצל ילד מבוטח המחייבות טיפול ע"י אחד מאלה, ולאחר מיצוי הזכאות בביטוח המשלים (שב"ן) אליו משתייך המבוטח:

פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או הוראה מתקנת.

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות כאמור לעיל בשיעור של עד 75% מעלות הטיפול אך לא יותר מ- 120 ש"ח לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים עד תום תקופת הביטוח.

** תקרת ההחזר שתשלם למבוטח הינה בניכוי ההחזר שיוחזר במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן).

2. מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה - AIDS:

2.1 מות הכיסוי

מבוטח אשר חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 320,828 ש"ח ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס/ ואו נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח המקורי.

2.2 המבוטח לצורך סעיף זה הנו העובד/ת וילדין עד גיל 30, בן/בת הזוג יכללו רק אם צורפו במפורש ושולמה עבורם פרמיה.

3. חריגים:

החברה המבטחת לא תהיה אחראית ולא תשלם עפ"י פרק זה כל תביעה הקשורה ב:

3.1 ניתוחים קוסמטיים, או אסתטיים, למעט ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים שהינם המשך לטיפול / ניתוח מבעיה רפואית. לרבות ניתוחים כגון: ניתוח להרמת עפעפיים, במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראייה של המבוטח, ניתוח להקטנת חזה, בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות ושיקום שד לאחר כריתת שד.

3.2 טיפולי שיניים למיניהם או עקירות שיניים, או ניתוחי חניכיים וכל ניתוח הנעשה ע"י רופא שיניים, אלא אם כן הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאותו הוכרה. למעט סעיף 1.3.19.

3.3 אלכוהוליזם, שימוש בסמים, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא.

3.4 השתתפות פעילה של המבוטח בפעילות פלילית ו/או בפעולת טרור פעיל.

3.5 פגיעה עצמית מכוונת.

3.6 איידס.

3.7 ניתוחים / טיפולים ניסיוניים.

3.8 עקרות.

פרק ד': נספח עזרה

1. נספח זה מהווה חלק בלתי נפרד מפוליסת ביטוח בריאות קולקטיבית לעובדים.
2. מוסכם בזה, על יסוד ההצעה וההצהרות שנמסרו ע"י "בעל הפוליסה" ו/או המבוטח ובתנאי מפורש שהפרמיות שולמו כסדרן, החברה תגיש למוטב כמוגדר להלן את השירותים הרפואיים שלהלן, על בסיס ההגדרות המופיעות להלן ובתנאי הפוליסה לה צורף נספח זה, ומתאריך כניסת נספח זה לתוקף.
3. **המוטב:**
מוטב על פי נספח זה הנו האדם אשר נתקיימו בו כל התנאים הבאים ביחד:
 - א. הנו בן משפחה קרוב של מבוטח בביטוח לעובדי "בעל הפוליסה" ובני משפחותיהם.
 - ב. המוטב אינו זכאי לכיסוי על פי הפוליסה הקולקטיבית.
 - ג. הביטוח על פי הפוליסה אליה צורף נספח זה, הנו בתוקף.
 - ד. בן משפחה קרוב, לעניין זה משמעו: אישה, בעל, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, חם, חמות.
4. **זכות שימוש בהסכמי החברה:**
כל מוטב יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הכלולים בפוליסה במחירים המיוחדים על פי ההסכמים של החברה עם נותני השירותים השונים ובלוחות הזמנים בהם ניתנים השירותים למבוטחי החברה אצל נותני השירותים.
5. **טיפול אדמיניסטרטיבי וכספי:**
החברה תשלם ישירות לנותן השירות הנמצא בהסכם עמה, או תשיב למוטב את התשלומים ששילם לנותן השירות עד גובה הסכום ששולם בפועל, כנגד חתימת המוטב על כל המסמכים הנדרשים למתן ההלוואה, לשביעות רצון החברה.
6. **הסכם מימון:**
המבוטח ו/או המוטב יחזיר לחברה את הסכומים ששולמו על פי סעיף 5 לעיל, ובכפוף לתנאים הבאים:
 - א. סכום ההלוואה לא יפחת מ- 7,500 ₪ ולא יעלה על 100,000 ₪.
 - ב. תקופת ההלוואה: עד 24 חודשים.
 - ג. החזר ההלוואה: ההלוואה תוחזר בתשלומים חודשיים שווים ורצופים.
 - ד. בטחונות להלוואה: לשביעות רצון החברה ובהתאם לתקנות המפקח על הביטוח.

ה. הצמדה: ההלוואה תהיה צמודה למדד המחירים לצרכן, על פי שיעור עליית המדד, בין המדד האחרון הידוע באחד בחודש בו שילמה החברה את ההלוואה לבין המדד האחרון הידוע ביום התשלום של המבוטח ו/או המוטב ע"ח החזר ההלוואה.

ו. ריבית: החברה תגבה ריבית עבור ההלוואה כפי שיהיה מקובל באותה עת בחברה. פיגורים יישאו ריבית כמקובל להלוואות דומות בבנק ישראל.

7. החזר הוצאות:

למבוטח ו/או למוטב נשמרת הזכות לפנות לקופת החולים בה הוא חבר, או לכל גורם אחר לקבלת השתתפותם בהוצאות הרפואיות ששולמו על הסדר זה.

פרק ה':

ביטוח כיסוי עלות חוות דעת נוספת בחו"ל

1. **מקרה הביטוח** –
מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית נוספת בכל תחום רפואי המכוסה בפוליסה זו.
2. **הכיסוי** –
הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות בתחום הרדיולוגי.
3. **סכום הביטוח** –
בחו"ל - השיפוי בגין חוות דעת שנייה בחו"ל יהא \$ 1,800 ובהשתתפות עצמית של 20%.

פרק ו': נכות

1. הגדרות

- 1.1 **נכות מתאונה:** משמעותה בהסכם זה - נכותו התמידית המלאה או החלקית של המבוטח אשר נגרמה מחבלה גופנית כתוצאה מאירוע בלתי צפוי מראש, על ידי גורם חיצוני. קביעת שיעור נכות ע"י המוסד לביטוח לאומי תחייב את המבוטח. בכל מקרה אחר תחול טבלת הנכויות של המ.ל.ל. לגבי קביעת שיעור הנכות.
- 1.2 **נכות ממחלה:** משמעותה בהסכם זה - שלילה מוחלטת של כושרו של המבוטח לעבודה בתפקיד סביר במסגרת העבודה בבנק.

2. מהות הכיסוי

2.1 מקרה נכות

- א. **נכות מתאונה** - המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח במקרה של נכות כתוצאה מאירוע תאונתי בסך של 160,190 ₪ או החלק היחסי מסכום זה בהתאם לשיעור נכותו.
- ב. **נכות מלאה ומוחלטת ממחלה** - המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בסך 160,190 ₪ אם כתוצאה ממחלה נשלל ממנו החלטית ולצמיתות הכושר להמשיך בעבודתו בתפקיד סביר במסגרת הבנק. סכום ששולם על פי סעיף זה לא ינוכה מסכום הביטוח למקרה מוות.

המבוטח לצורך סעיף זה הינו העובד/ת. בן/ת הזוג יכללו בכיסוי רק אם צורפו במפורש ושולמה עבורם פרמיה.

2.2 פיצוי במקרה תאונה בעת חופשה לילדי המבוטח עד גיל 21 המשרתים בצה"ל

ילדי המבוטח עד גיל 21 יכוסו בגין מקרי הביטוח הבאים:

נכות תאונתית לחיילים בחופשה שאינה מכוסה ע"י צה"ל או משרד הביטחון, יהיו זכאים לתגמולי ביטוח בסך 256,618 ₪ או החלק היחסי מסכום זה בהתאם לשיעור נכותם. (הגדרת חופשה תחול עפ"י פקודות מטכ"ל).

כיסוי זה יחול כאשר העובד/ת או העובד/ת ו/בן/בת הזוג מבוטחים.

פרק ז':

פיצוי במקרה של אובדן כושר העבודה

1. הגדרות:

1.1 אובדן כושר עבודה של עובד משמעו בפרק זה: אי כושרו הזמני או הקבוע של המבוטח לבצע את עיסוקו, הנובע ממצב בריאות לקוי של המבוטח על פי ממצאים רפואיים.

אובדן כושר עבודה של בן/ת זוג משמעו בפרק זה: אי כושרו הזמני או הקבוע של המבוטח לבצע עבודה כלשהי, הנובע ממצב בריאות לקוי של המבוטח על פי ממצאים רפואיים.

לגבי מבוטח/ת שלא היית להם תעסוקה לפני קרות אובדן כושר העבודה, יראו כאובדן כושר עבודה לצורך סעיף זה את היותם מרותקים לביתם, כתוצאה ממצב בריאותי לקוי, על סמך ממצאים רפואיים.

1.2 מה מתחייב המבטח לכסות על פי הפוליסה

1.2.1 כל מבוטח מעל גיל 21 יהיה זכאי לפיצוי חודשי בסך 2,163 ₪ למשך עד 3 שנים במקרה של אובדן כושר העבודה, לאחר תקופת המתנה בת 3 חודשים. זאת מבלי לגרוע מהאמור בפרק ו' סעיף 2.1 ב'.

1.2.2 אם אושפז המבוטח בית חולים, ישולם לו פיצוי נוסף על האמור לעיל בגובה 2,163 ₪ לחודש, במשך כל תקופת האשפוז ולא יותר מ- 6 חודשים.

1.2.3 המבטח לא ישלם פיצוי כלשהו על פי הסכם זה בגין תביעות הנובעות ו/או הקשורות באי כושר עבודה שהיה קיים בהיכנס הביטוח המקורי לתוקף.

פרק ח': מוות

1. **הגדרות תאונה:** משמעותה בהסכם זה - חבלה גופנית כתוצאה מאירוע בלתי צפוי מראש, ע"י גורם חיצוני.

2. מה מתחייב המבטח לכסות על פי הפוליסה

2.1 **מקרה מוות**
יורשי המוטב יהיו זכאים לתגמולי ביטוח בסך 256,618 ₪ במקרה של מוות מסיבה כלשהי, אולם אם מקרה המוות נגרם עקב **אירוע תאונתי** יהיו יורשי המבוטח זכאים לתגמולי ביטוח בסך 417,032 ₪.

הכיסוי על פי סעיף זה לא יחול על התאבדות בשנת הביטוח הראשונה של כל מבוטח.

המבוטח לצורך סעיף זה הינו העובד/ת. בן/בת הזוג יכללו בכיסוי רק אם צורפו במפורש ושולמה עבורם פרמיה.

2.2 **פיצוי במקרה תאונה בעת חופשה לילדי המבוטח עד גיל 21 המשרתים בצה"ל**
ילדי המבוטח עד גיל 21 יכוסו בגין מקרי הביטוח הבאים:

מוות תאונתי לחיילים בחופשה, שאינה מכוסה ע"י צה"ל או משרד הביטחון יזכו את יורשי המבוטח בתגמולי ביטוח בסך 31,992 ₪. (הגדרת חופשה תחול עפ"י פקודות מטכ"ל).

כיסוי זה רק כאשר העובד/ת או העובד/ת ובן/ת הזוג מבוטחים.

2.3 ביטוח למקרה מוות כתוצאה מניתוח

2.3.1 הגדרות

ניתוח: כהגדרתו בפרק ג' סעיף 1.2.

הזכאי: מי שהמבוטח קבע בהצעת הביטוח ובאין קביעה כזו הירשים החוקיים.

2.3.2 הכיסוי

במקרה מותו של המבוטח במהלך ניתוח ו/או כתוצאה מניתוח, אך לא יותר מ-7 ימים לאחר ביצוע הניתוח, יפצה המבטח את הזכאי בסכום פיצוי חד פעמי בגובה 96,090 ₪. בוצעו במבוטח מספר ניתוחים במעמד אחד, יראו בכל ההליכים הנזכרים להלן ניתוח יחיד ויהוו מקרה ביטוח אחד.

2.3.3 המבוטח לצורך סעיף זה הינו העובד/ת. בן/בת הזוג וילדים יכללו רק אם צורפו במפורש ושולמה עבורם פרמיה.

3.1 המבטח לא יהיה אחראי אם מקרה הביטוח נגרם ע"י אחד מאלה:

א. השתתפות פעילה של המבוטח בפשע.

ב. שכרון, שכרות או שימוש בסמים, למעט שימוש בסמים עפ"י הוראת רופא.

ג. השתתפות פעילה בפעולה מלחמתית, אם זכאי בגינם לפיצוי מגורם ממשלתי כלשהו.

פרק ט': ניתוחים בחו"ל

- 1. מקרה הביטוח:**
הינו הגדרת ניתוח כהגדרתו בפרק ג' סעיף 1.2 לעיל.
- 1.1 בגין ניתוחים בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי מלאה.
- 1.2 בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את הוצאותיו הרפואיות במטבע ישראלי בהתאם לשער היציג המפורסם ע"י בנק ישראל שיהיה ידוע ביום התשלום ע"י החברה המבטחת ובהיקף זכאותו של המבוטח על פי האמור לעיל.
- 1.3 בנוסף לאמור, החברה תכסה סכום חד פעמי בסך ההוצאות בגין נסיעות או הוצאות של מלווים הכרוכות בניתוח בחו"ל עד סך של 10,000 \$, יינתן רק אם המבוטח אושפז מעל 10 ימים.
- 1.4 הטסה רפואית - תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל / מחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל / מחו"ל, כולל ליווי רופא מלווה.
- 1.5 כיסוי להוצאות הטסת גופה - החברה המבטחת תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 3 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל או ממועד בו היה בהשגחה על פי הוראת רופא מחוץ לבית החולים.
- 1.6 החברה המבטחת תשלם ישירות לנותן השרות או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשרותים רפואיים שלהלן, אותם קיבל המבוטח.
- 1.7 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא הרלוונטי לעניין מטעם המבוטח.**
- 1.8 **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.**
- 1.9 **תינתן לחברה המבטחת אפשרות לתאם את הניתוח בחו"ל. יובהר כי האפשרות אינה פוגעת בזכאות המבוטח לביטוח, אלא יעשה ככל שביכולתו לאפשר את התיאום ע"י החברה המבטחת, אך אין הענקת האפשרות פוגעת בו בכל צורה על פי פרק זה ובחירת הספק היא עפ"י בחירת המבוטח בלבד.**

1.10 חריגים עבור פרק ט':

- 1.10.1 אלכוהוליזם, שימוש בסמים, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא.
- 1.10.2 החברה המבטחת לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לכל נזק העלול להיגרם לאדם ממנו נלקח האיבר לצורך השתלתו בגופו של המבוטח.

1.10.3 למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל על פי הסכם זה והטיפולים והשירותים המכוסים על פי נספח זה נעשים על ידי המבוטח וכי החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על פי פוליסה זו.

1.10.4 טיפולים ו/או ניתוחים ניסיוניים.

1.10.5 הזלפות / הזרקות.

פרק י':

כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות:

- 1.1 **מקרה הביטוח** - מתן תרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 1.2 **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, שנועד לשם אבחון, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו, לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים, לרבות בשל מחלה או תאונה.
- 1.3 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי הוראת רופא, בצורה חד-פעמית או מתמשכת.
- 1.4 **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה המבטחת בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.
- 1.5 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה לגביה בגין תרופה והמשתנה מעת לעת, עפ"י המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.
- 1.6 **חוק ביטוח בריאות ממלכתי** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.7 **בית מרקחת** - מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").

2. הכיסוי:

- א. כל תרופה שאינה רשומה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן. לא תוחרג או יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.
- ב. כמו כן כל תרופה הרשומה בסל שירותי הבריאות שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל התרופות כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח הדורש טיפול בתרופה זו בתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.
- ג. **תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL**
תכוסה כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה- FDA
 2. American Hospital Formulary Service Drug Information
 3. US Pharmacopoeia-Drug Information
 4. Micromedex Drugdex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.
 - ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
 5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - א. NCCN
 - ב. ASCO
 - ג. NICE
 7. ESMO Minimal Recommendation
- 2.1 **תביעות** - החברה המבטחת תשלם למבוטח או ישירות לנוותן השירות את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים כמפורט להלן:
 - 2.2 **החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד העברת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור בצירוף תצהיר המבוטח, ו/או ישלם ישירות לנוותן השירות עבור התרופה.**
 - 2.3 **הוצאות מוכרות: מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד.**
- לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולם תרופתיים עתידיים, אך לא יחולו על התחייבות קיימת בגמר ביטוח אם המבוטח ממשיך לקחת תרופה ולא ניצל את מלוא סכום הביטוח. למען הסר ספק, החברה המבטחת ביטוח זה חייבת לסיים את מלוא חבותה למקרה ביטוח שארע בתקופתה.**
- 2.4 **החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות ולא רק הזרקת התרופה מתן עירוי וכדומה בסכום שלא יעלה על 4,500 ₪ לכל סדרת טיפולים.**
 - 2.5 **חבות החברה המבטחת על פי פרק זה תהיה לפי התנאים להלן:**
 - 2.5.1 **ההוצאות הוצאו בפועל.**
 - 2.5.2 **החברה המבטחת תשלם את ההוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 150 ₪ לחודש ולא יותר מסכום**

השיפוי המרבי, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, עבור כל מרשם נוסף אחר, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

2.5.3 בחר המבוטח לקבל תרופה המכוסה עפ"י פוליסה זו באמצעות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בה הוא עמית, ושילם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם בכפוף להשתתפות עצמית של 150 ₪ למרשם לחודש.

2.6 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 1,000,000 ₪ לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. לאחר מיצוי סכום הביטוח המרבי הנ"ל סכום ביטוח נוסף בסך של 500,000 ₪.**

2.7 **הסכומים המפורטים בפרק זה יהיו צמודים למדד היסודי.**

2.8 **הגבלות לאחריות החברה המבטחת:**
החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה המבטחת לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות. למעט אי עמידה בחובות נספח ב' להסכם וסעיף 27 לפרק ההגדרות בפוליסה – השירותים (SLA), החתום על ידה.

2.8.1 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או ב-FDA או ב-EMEA – הגבוה מביניהם.

תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי ישולם על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה ב-FDA או ב-EMEA.

2.8.2 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים.

2.8.3 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

2.8.4 במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה.

2.8.5 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות, תרופות ניסיוניות, למעט המופיע בסעיף 2 ג' לעיל.

2.8.6 מקרה ביטוח אליו נקלע המבוטח בעקבות ו/או בקשר עם אחד מאלה:

אלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא ו/או שימוש לרעה בחומרים שאינם סמים ו/או טיפולים במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.

2.8.7 תרופות לאין אונות / פריון / עקרות.

פרק יא' 1: השתלות

1.1. מקרה הביטוח: הינו הגדרת השתלה הרצ"ב.

1.1.1 **הגדרת השתלה:** הוצאת איבר מהאיברים: לב, לב-ריאה, אונת ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, כבד, השתלת קרנית, השתלת מח עצם, לרבות השתלת מח עצם עצמית, אונת כבד, שחלה, מעי, תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר מגופו של המבוטח עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר והשתלת איבר אחר או חלק מאיבר אחר במקומו אשר נלקח מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו או איבר מלאכותי, וכן והשתלת איבר מבע"ח (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"י הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או ארה"ב או האיחוד האירופי). את ההשתלה רשאי המבוטח לבצע בארץ או בחו"ל. ובכפוף לחוק השתלת איברים התשס"ח 2008 ולחוזר ביטוח 1-1-2009.

1.1.1.1 **הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה ורלוונטי לעניין מטעם המבוטח.**

1.1.1.2 **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי, אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.**

יובהר כי השתלה חוזרת, תיחשב כמקרה ביטוח חדש.

1.2 **מסלול 1** - החברה המבטחת תשפה את המבוטח על תשלומיו בגין השתלה בסכום ביטוח בלתי מוגבל בגין סעיפים 1.3.1-1.3.4 וכן בסכום ביטוח מרבי נוסף של 670,000 ש"ח להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.13.

בחר המבוטח לעבור השתלה בחו"ל, למעט השתלת כליה, ללא השתתפות החברה המבטחת יהא זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה 70,000 \$, לאחר ביצוע ההשתלה ובכפוף לחוק ההשתלות.

למען הסר ספק, יובהר כי המבוטח יבחר בין אפשרות הכיסוי המלא לאפשרות הפיצוי.

1.3 **כתשלום בגין השתלה ייראו את התשלומים דלקמן:**

1.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח.

במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

1.3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 90 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 300 יום לאחר ביצועה. לרבות כל הוצאות הכרוכות בטיפול הרפואי, באשפוז, בבדיקות, שירותי מעבדה בתרופות ובטיפולים להם נזקק המבוטח.

- 1.3.3 תשלום עבור הוצאות לאיתור והשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל ורישום במאגרים.
- 1.3.4 תשלום לצוות המנתח עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה.
- 1.3.5 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח, ומלווה במלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל. לרבות הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.
- במקרה בו יש הצדקה רפואית, יינתן כיסוי למימון טיסה במחלקת עסקים לחולה ולמלווה אחד.
- על אף האמור לעיל במידה והמבוטח הוא ילד מתחת לגיל 15 תכסה החברה המבטחת הוצאות טיסה ושהיה של שני מלווים.
- 1.3.6 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים. כולל ליווי רופא מלווה. לרבות הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.
- 1.3.7 תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל במידה והמושגל הינו ילד, יהיה התשלום עבור שני מלווים .
- 1.3.8 תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל ועד תקרה של 100,000 ש"ח. לגבי הוצאות בארץ תהיה השתתפות עצמית של 20%.
- 1.3.9 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.
- 1.3.10 תשלום עבור משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושגלים או המורכבים בגופו של המבוטח.
- 1.3.11 תשלום לכיסוי הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות בסך 215,000 ש"ח. ובתנאי שאין מימון להוצאה זו ע"י קופת חולים בה הוא מבוטח, במידה ויש מימון חלקי יושלם ההפרש.
- 1.3.12 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בישראל במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 1.3.13 הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבוטח להוציא בחו"ל עפ"י הוראה רפואית
- 1.3.14 השלמת הכנסה וכיסוי הוצאות:**
 בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי הפוליסה, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית, תשלם החברה למבוטח, בנוסף לכל גמלה ולכל פיצוי אחר, לו זכאי המבוטח עפ"י הפוליסה, גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן:

1.3.14.1 סך של 5,700 ₪ לחודש למשך 24 חודש.

1.3.14.2 נפטר המבוטח לאחר ניתוח ההשתלה וטרם מיצה את הגמלה כקבוע לעיל יקבלו מוטביו את יתרת הגמלה כקבוע לעיל מייד לאחר פטירתו לפי צו ירושה ו/או קיום צוואה.

1.3.14.3 גמלת ההחלמה לאחר השתלה, תשולם למושתל גם אם ההשתלה בוצעה בארץ.

1.3.14.4 מבוטח הנמצא באובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח לתרומת איבר לקרובו, יקבל פיצוי חודשי בסך 5,700 ₪ לתקופה מרבית של עד 6 חודשים.

1.4 מסלול 2 – פיצוי בעד השתלת כליה:

סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת כליה כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל. סכום הביטוח הינו 70,000 \$.

1.4.1 הגדרת השתלה - השתלת כליה בלבד.

1.4.2 תשלום פיצוי בעד השתלת כליה, ייעשה בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל המעיד על רישומו של המבוטח, ובטרם ביצוע ההשתלה.

2. הזכאות לכיסוי להשתלות כליה, עפ"י פרק זה, היא עפ"י סעיף 1.2 או עפ"י סעיף 1.4 עפ"י שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח.

פרק יא' 2:

טיפולים מיוחדים בחו"ל

- 1. מקרה הביטוח:**
הינו הגדרת הטיפול המיוחד בחו"ל הרצ"ב.
- 1.1 **כ"טיפול מיוחד בחו"ל"** יחשבו טיפולים רפואיים בחו"ל לרבות ולא רק טיפול בחולי סרטן, מחלות אוטואימוניות ועוד, שמתקיים בהם אחד מהתנאים הבאים:
- 1.1.1 לא ניתן לבצע את הטיפול המיוחד בישראל,
ו/או סיכויי ההצלחה ו/או סיכויי ההחלמה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ,
ו/או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
- 1.1.2 **הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה ורלוונטי לעניין מטעם המבוטח.**
- 1.1.3 **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.**
- 1.2 החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין תשלומיו. בגין הוצאות טיפול מיוחד בסכום מרבי של \$ 220,000.
- 1.3 **תשלום בגין טיפול מיוחד יראו את התשלומים כדלקמן:**
- 1.3.1 תשלומים כמפורט בסעיף 1.3 בפרק 10 לעיל בשינויים כדלהלן:
- 1.3.1.1 בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד".
- 1.3.1.2 לא כולל סעיפים 1.3.3, 1.3.11, 1.3.14.
- 1.3.2 כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור לטיפול המיוחד, יהיה זכאי לתשלום מהחברה המבטחת עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.
- * למען הסר ספק, סכומי הביטוח ישולמו בנוסף לסכום הביטוח שהוגדר לעיל בסעיף 2.2.
- 1.3.3 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 1.3.4 תשלום עבור טיפולי המשך בחו"ל הנובעים מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ועד תקרה של 100,000 ₪.

- 1.4 החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות ו/או העתק נאמן למקור בצירוף תצהיר המבוטח, ותוך תקופה שלא תעלה על 10 ימים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי החברה המבטחת לצורך ביצוע התשלום, לרבות מסירת כתב התחייבות לכיסוי ההוצאות לנותן השרות.
- 1.5 יובהר כי בדיקות שנשלחות לחו"ל גם אם אין יכולת לבצען בישראל, לא ייחשבו כטיפול מיוחד בחו"ל.

1.6 חריגים עבור פרקים יא' 2-1:

- 1.6.1 אלכוהוליזם, שימוש בסמים, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא.**
- 1.6.2 החברה המבטחת לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לכל נזק העלול להיגרם לאדם ממנו נלקח האיבר לצורך השתלתו בגופו של המבוטח.**
- 1.6.3 למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל על פי הסכם זה והטיפולים והשירותים המכוסים על פי נספח זה נעשים על ידי המבוטח וכי החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על פי פוליסה זו.**
- 1.6.4 טיפולים ו/או ניתוחים ניסיוניים.**
- 1.6.5 הזלפות / הזרקות.**

פרק יב': טיפולים מחליפי ניתוח

1. הגדרות לפרק זה:

1. טיפול חלופי - טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח.
2. סכום שיפוי מרבי - גובה תגמולי הביטוח שתשלם החברה המבטחת בגין הטיפול החלופי כאמור בנספח זה להלן.
3. נותן הטיפול החלופי - רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה.
4. נותני שירות - נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה.
5. למען הסר ספק, הסמכות המאשרת הינה רופא הרלוונטי לעניין.

2. התחייבות החברה המבטחת:

1. אם יבחר המבוטח הדרש לעבור ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו לקבל טיפול חלופי, תשפה החברה המבטחת את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהלן שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח, וזאת עד לתקרת השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:
2. ההוצאות הרפואיות עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגינן זכאי המבוטח לשיפוי מאת החברה המבטחת הנן כדלקמן:
 - 2.1 שכר נותן הטיפול החלופי.
 - 2.2 הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי.
 - 2.3 הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים.
 - 2.4 הוצאות אשפוז בבית החולים.
3. הטיפולים יינתנו בבית חולים או מרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) אשר רשומה כדין בפנקס המרפאות.
4. נותן הטיפול החלופי יהיה רשאי על פי החוק לתת את הטיפול החלופי ובמקרים בהם נדרש רישוי כלשהו לשם כך יהא נותן הטיפול החלופי והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול החלופי בעלי רישוי מתאים.
5. ביצוע על ידי נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה המבטחת תכסה את מלוא עלות נותני שירות הטיפול החלופי שבהסכם, בכפוף לתקרת השיפוי המרבי על פי האמור להלן.
6. ביצוע על ידי נותני שירות שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי - החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות שהוצאו בפועל ובכפוף לתקרת השיפוי המרבי על פי האמור להלן.
7. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין טיפולים חדשניים שאינם פולשניים המחליפים ניתוח כגון טיפולי הזרקות לדליות ברגליים, טיפולי לייזר נמוך עוצמה, טיפולים

באלקטרודות מסוג RADIO FREQUENCY, ביצוע פעולה לריסוק אבני כליה באמצעות גלי ה-EXWL, השתלה תוך גופית של כדורים דיואקטיביים לטיפולים במחלת סרטן (להלן: "הטיפול החדשני").

3. סכום השיפוי המרבי:

1. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין מקרה הביטוח על פי נספח זה יעמוד ע"ס של 165,000 ₪ (מאה שישים וחמישה אלף ש"ח).
2. הטיפול החלופי יינתן בישראל או בחו"ל.
3. לא יינתן שיפוי במסגרת נספח זה בגין תשלומים עבור טיפולים חלופיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן הטיפול החלופי לטיפולים חלופיים עתידיים.
4. החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השרות לטיפול החלופי היא של המבוטח בלבד ואין לחברה המבטחת כל אחריות בגינה.
5. החברה המבטחת לא תהיה אחראית לכל נזק שייגרם למבוטח עקב בחירתו של המבוטח לקבל טיפול חלופי ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו.
6. כמו כן, לא תהיה החברה המבטחת אחראית בשום צורה שהיא לכל נזק ו/או הוצאה שייגרמו למבוטח עקב בחירתו של המבוטח בנותני השרות לטיפול החלופי, בין אם הם נותני שרות שבהסכם או נותני שרות שאינם בהסכם.
7. בתום 12 חודשים מביצוע הטיפול מחליף הניתוח, במידה והמבוטח עדיין יצטרך ניתוח, לא יקוזזו תגמולי הביטוח שקיבל המבוטח בגין הטיפול מהניתוח.

4. הגבלות לאחריות החברה המבטחת:

- 4.1 **טיפולים במסגרת הרפואה האלטרנטיבית לרבות טיפולים הומיאופתיים, אקופונקטורה.**
- 4.2 **טיפול פיזיותרפיה, וטיפולים כימותרפיים.**

פרק יג': ביטוח חיים קבוצתי

1. הגדרות

"ביטוח חיים" - ביטוח חיים למקרה מוות בלבד.

"פוליסה" - חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין החברה, לרבות ההצעה וכל נספח ותוספת המצורפים לו.

"מבוטח" - חבר ארגון העובדים של הבנק הבינלאומי הראשון - במלאת שנת עבודה.

"בעל הפוליסה" - ארגון העובדים של הבנק הבינלאומי הראשון.

"מוטב" - מי שנקבע ע"י המבוטח כמוטב בקופת התגמולים של העובדים בבנק או הזכאי עפ"י תנאי הפוליסה לסכום המגיע בקרות מקרה הביטוח כפי שנקבע ע"י המבוטח בקופת התגמולים של העובדים בבנק או בהעדר קביעה כזו - יורשיו עפ"י דין.

קרי, כמצוין בקופת התגמולים של עובדי הבנק הבינלאומי הראשון ובהיעדר רישום זה, בן הזוג באם הוא עובד הבנק, אחרת יורשיו החוקיים של המבוטח.

"מדד" - מדד המחירים לצרכן המתפרסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הכולל פירות וירקות, מחושב לפי בסיס ינואר 1959 (100 נק') או בהעדר פרסום כזה, כל מדד אחר אשר יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, בין אם הוא בנוי על אותם נתונים עליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו; אם יבוא מדד אחר במקום הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.

"הפרמיה" - שהינה סך התשלומים או דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה להעביר לחברה בגין פוליסה זו בהתאם לתנאיה.

"ביטוח קודם" - פוליסה לביטוח חיים קבוצתי לעובדי הבנק הבינלאומי הראשון שהתנהל בכלל חברה לביטוח ובהראל חברה לביטוח.

2. תוכן כיסוי הסיכונים

בקרות מקרה מוות של אחד המבוטחים על פי פרק זה, תשלם החברה למוטבים את סכום הביטוח כמפורט בסעיף 5.

3. המבוטחים

א. כמבוטח לצורך הסכם זה ייחשבו חברים אצל בעל הפוליסה, אשר מילאו "טופס מינוי מוטבים" (נספח מס' 2), לצורך הביטוח הקודם, אשר יישאר בידי בעל הפוליסה. קרי, יצורפו אוטומטית עובדים שהיו מבוטחים עד ה-31.07.09.

ב. כל העובדים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם, אשר פרטיהם נמסרו למבטח, יצורפו לביטוח באופן גורף וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה וללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת וללא סייג רפואי קודם כלשהו.

4. סיום תוקף הביטוח

- הביטוח לגבי כל מבוטח מסתיים באחד מהמקרים להלן, בתאריך הקודם מביניהם:
- בתום שנת הביטוח אשר במהלכה הגיע המבוטח לגיל 67 שנה ובתנאי שהחברה לא המשיכה לקבל פרמיה עבורו.
 - בתום תקופת הביטוח של הפוליסה.
- בתום השנה אשר במהלכה הפסיק עבודתו אצל בעל הפוליסה ובתנאי שהועברו פרמיות עבור תקופה זו או בניתוק יחסי עובד מעביד.

5. סכום הביטוח

- סכום הביטוח לכל מבוטח הינו 107,200 ₪ צמוד למדד.
- חישוב ההצמדה ייעשה כדלהלן:
- המדד הבסיסי לתשלום סכומי הביטוח הינו המדד האחרון הידוע ביום תחילת הביטוח דהיינו מדד יולי 2009 שהינו 11,209 נקודות.
 - המדד הקובע לצורך חישוב סכום הביטוח יהיה המדד האחרון הידוע לפני מועד התשלום.
 - חישוב ההצמדה יחושב על פי היחס שבין המדד הקובע לבין המדד הבסיסי.

6. הצהרת בעל הפוליסה

- בעל הפוליסה מצהיר שידוע לו כי פוליסה זו כפופה ל"תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח" (ביטוח חיים קבוצתי - התשנ"ג - 1993) - להלן "התקנות" ועל פי האמור בסעיף 5 ל"תקנות" הוא מוסר לחברה הצהרה המהווה נספח מס' 1 לפוליסה זו.
- בנוסף על כך מתחייב בעל הפוליסה להעביר לידי כל מבוטח תעודה אשר תנוסח בידי החברה והמפרטת את זכויותיו של המבוטח ופרטים נוספים.

7. הגשת תביעות לתשלום סכום הביטוח

- לגבי תביעות לתשלום סכום הביטוח על פי פרק זה יחולו התנאים הבאים:
- קרה מקרה הביטוח, על בעל הפוליסה או על המבוטח או על המוטב, או בהעדרו על יורשיו של המבוטח עפ"י דין, להודיע תוך זמן סביר לחברה, בכתב, לאחר שנודע לו על קרות האירוע בתנאי שההסכם היה בתוקף לגבי אותו מבוטח.
 - הודעת בעל הפוליסה תשחרר את המבוטח ואת המוטב מחובת מתן ההודעה ולהיפך.
 - בהקדם האפשרי, לאחר מתן הודעה כאמור בסעיף קטן 8.א. לעיל, יהיה על בעל הפוליסה או על המבוטח או על המוטבים, או בהיעדרם על יורשיו של המבוטח עפ"י דין, להמציא לחברה אישורים מתאימים לרבות אישור רפואי המפרט את נסיבות האירוע אשר בעקבותיו הפך המבוטח לנכה או תעודת פטירה, לפי המקרה, בה צוינה סיבת המוות וכל תעודה או אישור אחר שהחברה תדרוש, באופן סביר, לברור חבותה.
 - זכותה של החברה לנהל כל חקירה ו/או לבדוק את המבוטח, על חשבונה, על ידי רופא מטעמה, כל זאת בצורה סבירה ובזמנים מתקבלים על הדעת.

ד. תוך 14 יום ממועד מילוי כל הדרישות עפ"י הוראת סעיף זה, תשלם החברה למבוטח או למוטב, לפי העניין, את הסכום המגיע על פי ההסכם או תדחה את התביעה ותנמק את החלטתה. הנ"ל בכפוף לאמור בסעיף 2 לפרק ההגדרות לעיל.

8. המשכיות

המבוטח יוכל לרכוש פוליסה אישית בגין הכיסויים בפוליסה הקולקטיבית עד לסכום הביטוח לפיו היה מבוטח בביטוח הקבוצתי, ללא הוכחת בריאות, תוך 2 חודשים עוקבים למקרים הבאים:

א. עקב פרישתו מהעבודה אצל בעל הפוליסה / עזיבת העובד את מקום העבודה מכל סיבה.

ב. במקרה של הקטנת סכום הביטוח בפוליסה הקבוצתית בחברה או בחברה אחרת.

ג. במקרה וההסכם הקבוצתי לא יחודש.

9. פירושים בפרק זה

א. לשון יחיד כוללת לשון רבים ולהיפך.

ב. לשון מין זכר כוללת לשון מין נקבה ולהיפך.

ג. כותרות הסעיפים באות לשמש מקומות בלבד ואין להשתמש בהן כפרוש פרק זה.

10. התיישנות

על תביעות נגד החברה לתשלום סכומי ביטוח יחול סעיף "התיישנות" כאמור ב"חוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981".

נספח מס' 1: הצהרת בעל הפוליסה

הואיל: וביקשנו מכם להתקשר בחוזה לביטוח חיים קבוצתי בהתאם לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (ביטוח חיים קבוצתי) התשנ"ג - 1993 (להלן: **"התקנות"**) וע"י כך אנו "בעל הפוליסה" בביטוח חיים קבוצתי;

והואיל: ועל פי סעיף 5 לתקנות חייב בעל הפוליסה למסור למבטח הצהרה על התאמת הקבוצה לתקנות;

לפיכך אנו מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

1. המבוטחים בפוליסת ביטוח החיים הקבוצתי בחברתכם הינם חברים אצל בעל הפוליסה.
2. כל המבוטחים בפוליסה והמצטרפים אליה בעתיד, על פי תנאיה, הסכימו/יסכימו להצטרף לביטוח ע"י מילוי "טופס הצטרפות לביטוח".
3. אנו מתחייבים להמציא לכל אחד מהמבוטחים תעודה אשר תימסר לידינו ע"י חברת הביטוח, המפרטת את זכויותינו, תנאי הביטוח וההגבלות על היקף הכיסוי שיעור הפרמיה וסכומי הביטוח או דרך חישובם.
4. ידוע לנו כי המספר המינימאלי של המבוטחים על פי ה"תקנות" הינו 100 ועל כן אנו מודעים שאם יקטן מספר המבוטחים מתחת ל-100 איש הפוליסה תתבטל בתום אותה שנת ביטוח.

נספח מס' 2: כתב מינוי מוטבים

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ שנת לידה _____,

מבקש בזה למנות את המוטבים במקרה מותי, לצורך תשלום סכום הביטוח המוקנה על פי הפוליסה לביטוח קבוצתי בהראל חברה לביטוח בע"מ:

			שם מלא
			קרבה
			ת. זהות
			חלקו

- כל מי שחתם על טפסים מסוג אלו בעבר, אין צורך להחתימו שוב. יחול מה שחתם לקופת התגמולים במסגרת הבנק.
- למען הסר ספק, מובהר כי המוטב הנו האדם שהעובד חתם עבורו בקופת התגמולים ובהיעדר מסמך זה, יורשיו החוקיים.
- קרי, כמצוין בקופת התגמולים של עובדי הבנק הבינלאומי הראשון ובהיעדר רישום זה, בן הזוג באם הוא עובד הבנק, אחרת יורשיו החוקיים של המבוטח.

פרק יד':

ביטוח סיעודי – הרחבה וולונטרית

1. הגדרות מיוחדות

1.1 **מוטב** - המבוטח, או מי שנקבע על ידי המבוטח לקבל את תגמולי הביטוח עבורו ו/או במקומו.

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

1.3 **מצב מזכה – אחד משני האירועים המצוינים להלן:**

אירוע א. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מוטב כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או של לפחות 2 מתוך 6 הפעולות הבאות ובתנאי מפורש שאחת מהן היא לשלוט על הסוגרים:

1. לקום ולשכב
2. להתלבש ולהתפשט
3. להתרחץ
4. לאכול ולשתות
5. לשלוט על הסוגרים
6. ניידות

1. **לקום ולשכב**

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

2. **להתלבש ולהתפשט**

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

3. **להתרחץ**

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

4. **לאכול ולשתות**

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

5. **לשלוט על הסוגרים**

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

6. **ניידות**

יכולתו העצמאית של מוטב לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת תוך העזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון

ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולת העצמאית של המוטב לנוע. אולם, ריתוק למיטה או ריתוק לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המוטב, יחשב כאי יכולתו העצמאית של המוטב לנוע.

או:

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

1.4 תגמול סיעודי:

סכום הפיצוי אותו תשלם החברה בקרות מקרה הביטוח כאמור בסעיף 1.3 לפרק זה, יהיה במנות פיצוי של 2500 ₪ לחודש, אשר ישולם לאחר תקופת המתנה לכל החיים וזאת בהתאם לסכום הביטוח שרכש באופן וולונטרי.

מובהר בזאת כי התגמול הסיעודי יופסק אם חס וחלילה נפטר המבוטח במהלך תקופת תשלום התגמול הסיעודי.

2. תקופת המתנה

תקופת המתנה בגין מקרה ביטוח כתוצאה ממחלה היא בת 30 יום ובגין מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה היא בת 60 יום. מובהר בזאת כי תקופת המתנה בקרות מקרה הביטוח, תכלול אף את ימי האשפוז בבית חולים רגיל ובמחלקת שיקום.

למרות האמור לעיל, במידה והמוטב לא מיצה את מלוא תקופת התגמול הסיעודי, וחזר להיות במצב מזכה, מאותה סיבה רפואית, לא תחול לגביו תקופת המתנה נוספת.

3. יתור על תשלום דמי ביטוח

המבוטח ו/או בעל הפוליסה יהא משוחרר מתשלום דמי הביטוח בגין הפוליסה כולה, במשך תקופת תשלום התגמול הסיעודי על ידי החברה.

4. שיפוי מיוחד לשיקום

המבוטח יהיה זכאי להחזר של עד 80% מהוצאות שיקום, שיש בהם כדי להוציא מן המצב הסיעודי ולהשיבו למסלול חיים פעיל ועד לתקרה של 55,000 ₪. הוצאות בגין שיקום יכללו בין היתר: טיפולים רפואיים ו/או שיקומיים, אשר יש בהם על פי חו"ד רופא שיקומי או רופא גריאטרי, כדי לסייע למבוטח לשוב ולתפקד כעצמאי. **מובהר בזאת, כי השיפוי הנ"ל לא יקוזז מן התגמול הסיעודי.**

5. הגבלת חבות החברה מחוץ לגבולות המדינה

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

פרק ט"ו:

כתב שירות – מרכז פרטי לאבחון רפואי מהיר

1.

הגדרות

אם צוין בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה הינו בתוקף, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן. בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצדם.

1.1 **ספק השירות** - אנשי הצוות הרפואי, המעבדות, המכונים, האמצעים הטכנולוגיים ועובדי הגוף עימו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.

1.2 **המבטחת או חברת הביטוח** - הראל חברה לביטוח בע"מ.

1.3 **מנוי** - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה, אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.

1.4 **ילד** - ילד עד גיל 21 אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי/ה.

1.5 **תכנית הביטוח** - **תכנית ביטוח של המבטחת**, המאפשרת למבוטח להיות מנוי על כתב שירות זה, כל עוד כתב השירות בתוקף (כמפורט בסעיף 7 להלן).

1.6 **דף פרטי הביטוח** - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות.

1.7 **רופא** - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כולל ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.

1.8 **רופא מומחה** - רופא בעל תעודת תואר מומחה אשר הוצא על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל.

1.9 **רופא ממיין** - רופא בעל תעודת תואר מומחה עמו התקשר ספק השירות בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.

1.10 **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 כתב שירות זה.

מספר הטלפון של מוקד השירות של ספק השירות עבור מנויי הראל הוא:
159-9-50-30-60

1.11 **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - בדיקות המבוצעות למנוי במסגרת תהליך אבחון המבוצע מכוח כתב שירות זה, כגון בדיקות פיסיולוגיות, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמייה **למעט הבדיקות המוחרגות בסעיף 3 להלן.**

1.12 **תהליך אבחון (Diagnosis)** - תהליך רפואי שעובר מנוי כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה, על פי סימנים ותסמינים, באמצעות רופא מומחה ובדיקות רפואיות אבחנתיות.

1.13 **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.**

- 1.14 **תקופת אכשרה** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי ממועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, ותסתיים בתום 60 יום. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לכתב השירות מחדש, בתקופות שירות בלתי רצופות. **הספק לא ייספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה.**
- 1.15 **השתתפות עצמית** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק לפי קביעת הספק ובשום מקרה ואופן לא באמצעות החברה.
- 1.16 **המדד** - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.17 **מדד הבסיס** - מדד 11962 אשר פורסם ביום - 15.7.11
- 1.18 **חג** - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

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 כתב שירות זה, יפנה למוקד השירות ויזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות שלו ופרטים אישיים נוספים כפי שיידרש. נציג השירות יקבע למנוי זימון תור להתחלת תהליך אבחון בסיסי כמפורט בסעיף 2.1.1.6 להלן כך שתהליך האבחון האמור יתקיים תוך **3 ימי עבודה** ממועד פנייתו של המנוי. תנאי לקבלת השירות על פי ס"ק זה הינו תשלום **השתתפות עצמית בסך של 180 ₪**.

2.1.1.2 **שיחה טלפונית עם רופא:** בנוסף לאמור לעיל, מנוי המעוניין בשיחה טלפונית עם הרופא הממייין, יעביר לספק השירות את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים ככל שיש כאלה. לאחר קבלת המסמכים הרפואיים, הרופא הממייין 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, וביצע תהליך אבחון בסיסי כמפורט בסעיף 2.1.1.6 להלן, סך ההשתתפות העצמית בגין קבלת השירות על פי סעיף זה וסעיף 2.1.1.6 תהיה 180 ₪.

2.1.1.3 **השירותים נשוא כתב שירות 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 הממייין 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 ממיין 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 הממיין 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 הממיין, ובטרם הסתיים תהליך האבחון, יופנה המנוי לבדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות לאלו המפורטות בסעיף 2.1.1.6 לעיל - בדיקות הדמיה: MRI, CT, 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 הממיין עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי בנוגע למצב הרפואי של המנוי ובסיום הבדיקות וההתייעצות ימסור הרופא הממיין 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 גניקולוגי

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

לתהליך אבחון על פי סעיף 2.1.1.6 לעיל: סך של 300 ₪.

לתהליך אבחון 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 מנוי עד גיל 14

למרות האמור בסעיפים 2.1.1.6-2.1.1.8 לעיל, במקרה של צורך באבחון ילד מנוי עד גיל 14, יכוסו 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 כתב שירות**

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, אלא אפשרות לביצוע בלבד של הבדיקות האבחנתיות הדרושות. על המנוי לשלם בגין השירות על פי ס"ק 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 הבדיקות הדמייה 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.

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 כתב שירות זה ללא תאום מראש עם מוקד השירות. כן יובהר כי השירותים בגין כתב שירות זה, אינם באים במקום פנייה לחדר מיון בהתאם לצורך הרפואי.
- 3.7 השירות לא יכלול בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להיריון ו/או לידה, פרוי ו/או עקרות.
- 3.8 במסגרת כתב שירות 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. אחריות

האחריות בגין שירות האבחון ו/או תהליך האבחון ו/או תוצאות תהליך האבחון ו/או ההמלצות הניתנות במרכז האבחון, תחול על ספק השירות בלבד ו/או הצוות הרפואי הפועל מטעמו, והמבטחת לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

- 4.1 כל נזק, הפסד, אבדן, הוצאה או תוצאה אחרת, מכל מין ו/או סוג שהוא, לרבות שכ"ט עו"ד, שיגרמו לגוף או לרכוש של מאן דהוא, לרבות המנויים, בקשר עם תהליך האבחון נשוא כתב שירות זה, בין במישרין ובין בעקיפין, בגין מעשה או מחדל, לרבות רשלנות מקצועית או אחרת של הספק ו/או כל נזק אחר שייגרם בשל מעשה או מחדל של נותני השירות אליו מופנים המנויים ע"י הספק או מי מטעמו.
- 4.2 תוצאות האבחון, האבחנות שנמצאו, ואופן יידוע המבוטח ו/או המנוי באשר לתוצאות האבחון והאבחנות שנמצאו.
- 4.3 המלצות לטיפול שהומלצו למבוטח ו/או למנוי במסגרת תהליך האבחון, ו/או טיפולים כלשהם שביצע המבוטח ו/או המנוי בעקבות תהליך האבחון וההמלצות לטיפול שהומלצו בו.

5. כללי

- 5.1 הזכות לקבלת השירות על-פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר. קבלת השירות מותנית בהצגת תעודה מזהה לשביעות רצון ספק השירות.
- 5.2 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו, גם אם מסר על ביטול הפנייה למי מנציגי ספק השירות שיצר עמו קשר טלפוני או לנותן איזה מהשירותים על פי כתב שירות זה.
- 5.3 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות.
- 5.4 המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו, במספר הטלפון של ביתו ועל כל שינוי בבני המשפחה המנויה.
- 5.5 בשבת, בערבי שבת וחג וכל יום לאחר השעה 19:00 לא תתקיים פעילות שירות אבחון.
- 5.6 במקרה שפעילות ספק השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע כתוצאה מפעולות מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, פעולות טרור, איתני הטבע, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת ספק השירות, יהיו תנאי כתב השירות או כל חלק מהם שספק השירות לא יאה מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני ספק השירות יפגע, יושהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך אותה תקופה.
- 5.7 **יובהר כי המבטחת לא תהא אחראית על הוצאות שהוציא המנוי, החורגות מהשירות המפורט בכתב שירות.**

6. השתתפות עצמית

- 6.1 המנוי ישלם השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 2 לעיל, עבור כל תהליך אבחון. התשלום יכלול למנוי את הזכאות למפורט להלן:
- 6.1.1 מפגש ראשוני עם רופא ממיין.
- 6.1.2 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.
- 6.2 דו"ח אבחון ושיחת סיכום עם רופא ממיין.
- 6.3 הסכומים האמורים (לרבות סכומי ההשתתפות העצמית) כוללים מע"מ בשיעור של 16%. היה יוחול שינוי בשיעור המע"מ, ישתנו סכומים אלה בהתאם.
- 6.4 הסכומים המפורטים לעיל צמודים למדד הבסיס ויעודכן אחת לחודש.
- 6.5 **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 ₪.**
- 6.6 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.

7. תקופת תוקפו של כתב השירות

- 7.1 תוקף כתב השירות יהיה 12 חודשים ממועד תחילת תוקפה של תוכנית הביטוח (או ממועד הוספת כתב השירות לתוכנית הביטוח), והוא יחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 12 חודשים כל אחת, ללא צורך בהצהרת בריאות, או בדיקה רפואית, יהא מצבו הרפואי של המנוי אשר יהא, אלא אם כן יוחלט על ידי המנוי ו/או חברת הביטוח שלא לחדשו.
- 7.2 כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של תוכנית הביטוח או שזו תבוטל ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה.
- 7.3 הפרמיה וההשתתפות העצמית בגין כתב שירות זה יהיו צמודים כמפורט בסעיף 6.3 לעיל. בנוסף, אם יידרש בהתאם לתוצאות העסקיות, יעודכנו הסכומים האמורים אחת ל - 12 חודשים בלבד, ולא לפני ה - 2012.1.6.
- 7.4 על אף האמור בסעיף 7.1 לעיל, יהיו חברת הביטוח ו/או ספק השירות רשאים להביא את תוקפו של כתב שירות זה לסופו בכל עת, בכפוף להודעה מוקדמת בת 90 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות, בהתאמה.
- מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על-פי כתב שירות זה לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד לקבלת השירות לפני תום תקופת תוקפו, אך טרם קיבל את השירות בפועל. במקרה שהמנוי התחיל בתהליך אבחון נשוא כתב השירות לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים.**

איך לנהוג בעת תביעה?

מה לעשות כשצריך ניתוח?

- טרם ביצוע הניתוח יש ליצור קשר עם מוקד שרות לקוחות של הראל בטלפון **1-800-44-5000**. אנו נסייע בנושא יצירת קשר עם הרופא המנתח במידת הצורך.
- לאחר בחירת הרופא המנתח יש לשלוח לחברת הביטוח את שמו של הרופא, הסכמתו לביצוע הניתוח ומכתב ממנו המכיל את כל פרטי תולדות המחלה וסוג הניתוח.
- מניסיוננו, במרבית המקרים תבחר ברופא הקשור בהסכם עם הראל ואז, לאחר בדיקת הזכאות, תשלם הראל ישירות למנתח את שכרו וישירות לביה"ח עבור שרותיו.
- את רשימת מנתחי ההסכם ניתן לקבל באמצעות מוקד שירות לקוחות או באמצעות אתר האינטרנט של הראל www.harel-ins.co.il.
- אם תבחר ברופא שאינו קשור בהסכם עם הראל אזי, לאחר בדיקת הזכאות, תשלם הראל ישירות לביה"ח עבור שרותיו. את שכר המנתח תשלם אתה והראל תחזיר לך, לאחר קבלת הקבלה המקורית, את שכר המנתח עפ"י הסכום שהיא משלמת למנתח מקביל המופיע ברשימת מנתחי ההסכם שלה.

ביצוע ניתוח באופן דחוף

- במקרה של ניתוח דחוף הינך מתבקש להודיע לביה"ח ולמנתח כי הנך מבוטח בביטוח רפואי בהראל.
- בהזדמנות הראשונה הודע להראל על הניתוח והעבר את כל המידע הרפואי בצרוף הקבלות המקוריות על התשלומים ששילמת.

מה לעשות כשצריך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל או תרופה שמחוץ לסל או במצב סיעודי?

- עם היוודע הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד בחו"ל או צורך בנסילת תרופה שמחוץ לסל, ליצור קשר עם מוקד שירות לקוחות של הראל בטלפון **1-800-44-5000**. אנשי מחלקת התביעות ידריכו אותך בתהליך הגשת התביעה.

מה לעשות בעת תביעות אחרות המכוסות על פי הפוליסה?

- ליצור קשר עם מוקד שירות לקוחות של הראל בטלפון **1-800-44-5000** לקבל הדרכה בנוגע לתהליך התביעה.

לשימוש בכתב שירות "מרכז פרטי לאבחון רפואי מהיר", יש ליצור קשר עם מוקד השירות של ספק השירות עבור מנויי הראל במספר: 15-9-50-30-60.

אנו עומדים לרשותך בכל עת!

מוקד שרות לקוחות הראל

1-800-44-5000

כתובת: אבא הלל 3, בית הראל, ת.ד. 1951, רמת - גן 52118

מוקד אסותא לשירות אבחון מהיר

1-599-50-30-60